FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Mlle Isabelle GABORIAU
de la Faculté de Médecine de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

MÉTRORRAGIES

DITES ESSENTIELLES

DE LA MÉNOPAUSE

Président : M. BAR, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	N.
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et Thérapeutique générales	N.
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	N.
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ (A.
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	SICARD
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TANON
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TERRIEN
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TIFFENEAU
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	VILLARET
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	ZIMMERN
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERY	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur BAR

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse, en témoignage de notre reconnaissance.

À M. le Docteur A. SIREDEY

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine

Qui nous éclaira toujours de ses conseils et a bien voulu nous donner ce sujet de thèse. En hommage de profonde reconnaissance.

A MES MAITRES DES HOPITAUX

M. le Docteur REYNIER

M. le Docteur GALLIARD

M. le Docteur BAZY

M. le Professeur ROBIN

M. le Docteur N. FIESSINGER

M. le Docteur SERGENT

M. le Docteur JALAGUIER

M. le Docteur SIREDEY

M. le Docteur THIBIERGE

M. le Professeur DEBOVE

A MON PÈRE

M. le Docteur A. GABORIAU (*in memoriam*)

A MA MÈRE

Madame le Docteur HÉLINA GABORIAU

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

METRORRAGIES

DITES ESSENTIELLES

DE LA MÉNOPAUSE

INTRODUCTION

La ménopause, d'après la définition de Vinay, est le temps de passage entre la parfaite régularité des règles et le moment où leur suppression devient définitive. Cette période de perturbation de tout l'organisme a lieu dans la majorité des cas entre quarante et cinquante ans. Parmi les troubles divers qu'on y rencontre, les ménorragies et les métrorragies occupent une place importante. Sneguireff prétend que 57 o/o des métrorragies appartiendraient à la ménopause. Toutes ces pertes sont loin d'avoir la même valeur clinique et pronostique.

Parmi ces hémorragies, les unes sont en rapport avec des lésions bien définies des organes génitaux : fibromes, cancers, polypes, certaines métrites, salpingo-ovarites, kystes de l'ovaire, etc.

Dans certains cas il suffit d'un examen attentif pour en faire le diagnostic, et alors même que des

lésions rudimentaires, au début, échappent pendant quelque temps, leur évolution ne tarde pas à les révéler.

C'est ainsi que nombre des pertes de sang considérées temporairement comme *essentielles*, sont en réalité purement *symptomatiques* et ne rentrent pas dans le cadre de ce travail.

Et même parmi les hémorragies qui ne s'accompagnent d'aucune altération appréciable des organes génitaux, combien en est-il qui relèvent de troubles de la santé générale ?

Il convient donc avant d'aller plus loin, de diviser en deux groupes ces métrorragies de la ménopause :

1° Métrorragies organiques ;

2° Métrorragies dites « essentielles ».

Au premier groupe appartiennent toutes les affections des organes génitaux nettement définies et qui sont aisément diagnosticables par la clinique, tels que les néoplasmes utérins à leur période d'état, les fibromes, les polypes, les kystes de l'ovaire etc. Nous les laisserons de côté dans cette thèse pour nous occuper uniquement des métrorragies dites essentielles.

Pour arriver à les étudier, il est nécessaire de les subdiviser en plusieurs sous-groupes. C'est ce que nous allons essayer de faire :

A) Métrorragies causées par des lésions plus ou moins accentuées des organes génitaux

Il existe des femmes qui, à l'époque de leur ménopause font des hémorragies sans avoir les lésions organiques décrites dans le premier groupe, mais cependant en les interrogeant on apprend qu'elles ont eu dans leur passé génital soit de la dysménorrhée, soit de la salpingite, de la métrite, c'est-à-dire une lésion quelconque des ovaires, des trompes, de la muqueuse utérine ou de son parenchyme.

En faisant l'examen local, au toucher et au spéculum, on retrouve des reliquats de ces affections, ou simplement un utérus un peu dur augmenté de volume, qui à l'hystéromètre mesure 7 centimètres et demi ou plus. Si ces gros utérus continuent à saigner assez abondamment pour que l'on en vienne à l'exérèse, l'anatomie pathologique nous les montrera farcis de petits fibro-myomes souvent histologiques ou trop minuscules pour pouvoir être diagnostiqués cliniquement.

Il y a encore dans ce groupe, les utérus saignant au moindre contact, ce qui est l'indice le plus habituel d'un néoplasme du col au début.

B) Métrorragies en relation avec des affections générales

Quand l'examen local n'a rien donné, que l'utérus est sain et les annexes aussi, il faudra rechercher la

cause de ces hémorragies dans les troubles de la santé générale. En examinant soigneusement les malades appareil par appareil on trouve souvent un état pathologique antérieur qui permet d'expliquer la présence des métrorragies. Ce sont presque toujours des affections qui retentissent d'une façon quelconque sur la circulation générale de l'individu (emphysème pulmonaire, lésions orificielles du cœur, mal de Bright, diverses affections hépatiques, état variqueux des veines des membres inférieurs et du bassin, troubles digestifs avec gros foie). On peut y ajouter la syphilis et à titre accessoire certaines pyrexies et affections exanthématiques.

C) Métrorragies sans cause locale ou générale appréciable

Quand, après avoir consciencieusement examiné la malade, on ne trouve rien, ni localement, ni dans la santé générale qui puisse expliquer la présence de ces pertes de sang du retour d'âge, on sera tenté de conclure à la présence d'une métrorragie *essentielle*, surtout si l'on a devant soi une femme pléthorique à antécédents neuro-arthritiques qui est le type des métrorragies essentielles. Mais peut-on assurer que cette femme ne possède pas à l'état latent un polype, des fibromes ou un cancer que des symptômes révélateurs nous permettront de diagnostiquer cliniquement dans la suite.

C'est pourquoi on ne peut formuler en toute sûreté le diagnostic de métrorragies essentielles de la ménopause qu'*après l'arrêt complet des pertes de sang depuis plusieurs années.*

On peut dire que ce terme d'*essentielles* donné aux métrorragies de l'âge critique, comme du reste à tout autre affection pathologique, est une étiquette que les divers auteurs appliquent à des états morbides différents, ce sont les documents non classés que l'on glisse dans le même carton et auxquels on ne saurait songer sans une impression de doute, d'hésitation. Le but que nous nous proposons dans ce modeste travail est d'étudier ces affections diverses comprises sous le nom de métrorragies essentielles de la ménopause, d'en faire ressortir une entité morbide, et de les rendre peut être un peu moins... essentielles.

ÉTIOLOGIE

Lorsqu'on lit les thèses et ouvrages anciens qui traitent des métrorragies de la ménopause, même lorsqu'on étudie la thèse de Calliga du début du XIX^e^ siècle on est frappé de voir combien le chapitre de l'étiologie est touffu, toute la pathologie y trouve place au même plan, sans qu'aucune cause paraisse dominer les autres dans l'esprit des auteurs. Mais avec Jeaunin en 1830, se dégage l'étiologie de pléthore ; Carpentier-Méricourt (1875) fait remonter la cause des métrorragies essentielles aux névralgies de l'ovaire. Stopin (1897) y voit une transformation fibromateuse de l'utérus, Vinay, un arrêt de sécrétion du corps jaune qui ne compense plus par son action hypotensive, l'hypertension provoquée par la glande surrénale. Enfin, mon maître, le docteur Siredey, a constaté,dans sa longue pratique gynécologique, que les femmes qui ont des métrorragies idiopathiques à l'époque de la ménopause, appartiennent pour la plupart à la série des neuro-arthritiques pléthoriques à décrire.L'on peut dire que cette étiologie a été signalée pour tous les auteurs qui se sont occupés de cette question, et qu'ils y attachent

une certaine importance quelle que soit leur opinion personnelle sur ce point.

Voici ce que nous dit Calliga à ce sujet dans sa thèse de 1856: « Tous les tempéraments sont compatibles avec les hémorragies utérines, mais les femmes d'un tempérament sanguin ou pléthorique et d'une forte constitution sont le plus prédisposées à celles dites actives par l'état d'hyperhémie et d'activité circulatoire qui règne sur la matrice. »

Gilbert parle aussi des métrorragies par augmentation des globules du sang (métrorragie active, sthénique, pléthorique); pour le docteur West les hémorragies seraient dues à une disposition générale, à la pléthore des vaisseaux de l'abdomen, un foie paresseux, des intestins constipés. Cet ensemble de symptômes constitue une petite ébauche du tableau de la femme neuro-arthritique décrite par Bouchard dans son livre sur le ralentissement de la nutrition. Valleix nous parle d'une congestion hémorragipare avec augmentation du nombre des globules sanguins; Carpentier-Méricourt, d'une congestion des vaisseaux. Pour Aran un grand nombre des hémorragies graves seraient dues à la congestion exagérée de la ménopause. Stopin mentionne l'engorgement; mais il ajoute aussi une grande importance à la transformation sénile de l'utérus et aux modifications qu'apporte l'âge à sa muqueuse; il fait entrer aussi dans les métrorragies de l'âge critique ces pertes « survenant sans cause aiguë appréciable et que la sagacité clinique permet de rattacher

à un passé morbide qu'une longue latence empêche de découvrir au premier abord; enfin des hémorragies survenant chez des malades sur lesquelles rien, même l'examen, ne permet de soupçonner une lésion organique, et qui, en réalité, sont en puissance de transformation fibromateuse. » Dalché, dans son article sur « les Métrorragies de la ménopause » s'exprime dans ces termes quant à leur étiologie :« au moment de la cessation définitive de ses règles, la femme a des poussées fluxionnaires au visage, aux poumons, en divers points de l'organisme. De même, disaient les anciens auteurs, au même titre, l'utérus peut se congestionner sans ovulation et saigner avec d'autant plus de facilité qu'il a été longtemps sujet à des pertes menstruelles. Il s'agit alors d'une métrorragie par poussée fluxionnaire. La perturbation de la sécrétion interne de l'ovaire, qui diminue, s'exagère, s'affole avant de disparaître complètement, peut-être même la diminution du nombre des hématies et l'abaissement du taux de l'hémoglobine, interviennent sans doute comme causes favorisantes de l'hémorragie. »

La sclérose du col occasionne un certain nombre de métrorragies de la ménopause. L'arthritisme, l'artério-sclérose, l'hypertension artérielle deviennent des causes fréquentes d'hémorragies utérines.

Tous les différents symptômes décrits par chacun des auteurs comme étant la cause des métrorragies de la ménopause ont un rapport plus ou moins rapproché avec le neuro arthritisme. Mon maître,

le docteur Siredey, y fait allusion dans le *Traité de Gynécologie médico-chirurgicale* (J. L. Faure et A. Siredey), quand il dit: « A défaut d'une maladie bien définie, on peut invoquer une disposition diathésique, l'influence neuro-arthritique qui s'affirme par des tendances analogues chez les ascendantes et les collatérales. »

Le neuro-arthritisme semblerait donc être la cause principale de ces métrorragies essentielles de l'âge critique, tout autour gravitent de nombreuses causes pathologiques, adjuvantes et occasionnelles. Je citerai celles que j'ai vu décrites chez les divers auteurs qui se sont occupés de la question, bien que beaucoup d'entre elles prêtent à la critique.

Parmi les causes non pathologiques prédisposantes on a cité l'influence du climat chaud, la saison estivale, la chaleur artificielle (Boerhaave attribue à l'usage de la chaufferette les fréquentes métrorragies qu'il a rencontrées chez les Hollandaises). Est-ce bien la véritable cause et ne faudrait-il pas plutôt considérer les plantureuses Hollandaises comme des neuro-arthritiques trop bien nourries ? Les questions de climat, de température nous paraissent à peu près négligeables. Le séjour dans un lieu élevé pour les personnes non acclimatées, l'influence excitante de la mer peuvent quelquefois être prises en considération. Lancerotte raconte qu'ayant observé des métrorragies chez des femmes habitant le sommet des Vosges, il en obtenait la guérison en les faisant descendre dans la vallée. L'abus des liqueurs alcooliques, le café, le

thé, l'alimentation carnée ou trop riche en féculents, l'usage répété des emménagogues, jouent un rôle beaucoup moins contestable. Il en est de même des fatigues; les durs métiers masculins auxquels les femmes se sont astreintes pendant la guerre ont provoqué chez nombre d'entre elles des pertes de sang prolongées, parfois abondantes. On comprend que toutes les causes qui provoquent une activité circulatoire ou une stase vers les vaisseaux pelviens, celles qui contribuent à l'abaissement ou aux déviations des organes génitaux, peuvent prédisposer aux métrorragies. La maladie peut encore dépendre d'un état diathésique spécial : tendance hémophilique, parfois héréditaire. Enfin les hémorragies répétées entraînent des modifications du sang qui augmentent les hémorragies : une femme y sera d'autant plus sujette qu'elle aura été plus souvent affectée (Calliga).

Causes occasionnelles

On peut citer parmi les causes de ce genre les diverses chutes, les secousses et les exercices violents, les trop longues courses à pied, à cheval et en voiture et par-dessus tout en automobile, le saut, la danse, les mouvements brusques, les efforts pour soulever les fardeaux, surtout dans la période prémenstruelle. Les métrorragies de la ménopause peuvent être la conséquence d'excitations vénériennes

excessives ou prolongées. La présence d'un pessaire pourrait aussi, d'après certains auteurs, déterminer des hémorragies. Calliga va jusqu'à citer un cas d'une femme qui aurait eu une métrorragie foudroyante ne paraissant avoir pour cause que la présence d'un pessaire et une ceinture trop serrée! Il faut convenir qu'une pareille interprétation exigerait un contrôle anatomique!

Les passions, les émotions vives déterminent parfois inopinément un flux métrorragique. Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de voir à la consultation du Dr Siredey à l'hôpital Saint-Antoine des femmes venant consulter pour des pertes de sang, des irrégularités menstruelles qui semblaient influencées dans une certaine mesure par les inquiétudes de la guerre ; préoccupations graves au sujet de leur fils mobilisé, d'un mari sur le front. Mais ces crises morales agissent plus souvent par inhibition en retardant ou en supprimant les règles. Il y a de beaux exemples de métrorragies causées par des émotions ou des accès de colère dans le livre de Brierre de Boismont. Esquirol a connu une femme âgée de cinquante ans dont les règles avaient cessé depuis un an ; une passion amoureuse vint troubler son repos, l'écoulement menstruel reparut, et dura plusieurs années encore par l'incitation de cette cause morale.

Mais de semblables cas demandent à être surveillés de près, pour ne pas attribuer à de simples ménorragies ce qui pourrait être le début d'un néoplasme utérin méconnu.

A toutes ces causes s'en rattachent d'autres, unies à la ménopause par un lien beaucoup plus lâche, ce sont toutes les causes pathologiques générales ou locales qui n'ont rien de spécifique par rapport à la ménopause, mais qui, survenant à cette époque de la vie de la femme, augmentent sa prédisposition aux métrorragies. Ce sont les affections du cœur et de ses orifices, celles du poumon, tel que l'emphysème, les maladies hépatiques, les maladies dyscrasiques, maladie de Werloff, l'ictère grave, les intoxications, le mal de Bright, les varices, le relâchement des tissus fibreux, les ptoses. L'invasion de certaines pyrexies, des pyrexies exanthématiques surtout, coïncidant avec le voisinage des règles, augmentent la durée et l'abondance de celles-ci (métrostaxis, épistaxis utérine de Gübler dans la fièvre typhoïde) encore que ces maladies infectieuses atteignant le plus souvent des sujets jeunes ou adultes contribuent bien rarement à augmenter le nombre des métrorragies du retour d'âge. La syphilis, bien que méconnue le plus souvent, joue un rôle beaucoup plus considérable.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On a trouvé dans les métrorragies de la ménopause des lésions des diverses parties de l'appareil génital.

A) Vagin

Il est souvent atrophié et scléreux. Mais ce sont là des lésions d'involution sénile qui n'ont pas de caractères propres aux métrorragies de la ménopause.

B) Utérus

1° *Lésions macroscopiques.* — Elles sont très variables, le plus souvent l'utérus est augmenté de volume et présente une dureté très accentuée, due à la sclérose diffuse de l'organe qui se coupe difficilement et présente de gros tractus fibreux visibles à l'œil nu ; quelquefois l'utérus a conservé ses dimensions normales, plus rarement il paraît atrophié, mais sa sclérose n'en est pas moins manifeste. Il n'est pas rare de constater un allongement du col.

La tunique musculaire est dure, l'épaisseur en est augmentée très notablement. Le tissu musculaire a une couleur blanchâtre, un peu nacrée. La muqueuse apparaît congestionnée, présentant parfois des hypertrophies localisées constituées par des formations adénomateuses avec hypertrophie des glandes, dilatation kystique. D'après Pankoff il y aurait vingt-quatre fois sur trente des lésions de la muqueuse. La cavité utérine est parfois rétrécie, adhérente, avec oblitération partielle du col.

2° *Lésions des vaisseaux.* — Quénu en 1893 présentait à la Société de chirurgie un utérus hémorragique dans lequel les vaisseaux étaient si nombreux et tellement dilatés que la paroi utérine présentait l'aspect d'un tissu caverneux rappelant la structure du tissu spongieux de l'urètre. Cette même transformation angiomateuse fut retrouvée par Pichevin et Petit, Pilliet et Baraduc. Mais généralement la dilatation des vaisseaux est beaucoup moins accentuée et s'accompagne de rigidité due aux altérations athéromateuses. Il y a aussi de la fibrose péri-vasculaire. Les artères sont manifestement épaissies, grosses et dures; les veines fréquemment variqueuses au niveau des plexus utéro-ovariens.

3° *Histologie.* — Tantôt la muqueuse est hypertrophiée; il y a hyperplasie et néoformation des glandes d'aspect adénomateux, leur cavité est agrandie et forme parfois de petits kystes. On ne constate pas de prolifération cellulaire entre les glandes, mais un épaississement notable des bandelettes conjonc-

tives qui séparent les faisceaux de fibres lisses. Cette sclérose interfasciculaire est très développée sur certains utérus et c'est elle qui contribue à l'augmentation de leur volume. Elle est surtout prononcée autour des vaisseaux et tout particulièrement autour des artères. J.-L. Faure et A. Siredey ont représenté ces lésions dans des dessins faits d'après nature qui sont très concluants.

Ce processus de sclérose s'observe aussi bien sur les petits utérus, même atrophiés, que sur les gros, mais dans ce cas les tractus fibreux sont moins épais. L'atrophie, d'ailleurs, porte principalement sur le tissu musculaire.

Il n'est pas rare de rencontrer sur les gros utérus hypertrophiés, de petits myomes microscopiques, dont les plus gros ont le volume d'un petit pois, mais plus souvent d'une tête d'épingle. La plupart de ces formations myomateuses ne sont même reconnaissables qu'au microscope, alors qu'il n'existe en aucun point des tumeurs, des bosselures attirant l'attention. C'est seulement sur les coupes qu'on les reconnaît à leur configuration régulière ; on les énucléé d'ailleurs très facilement.

C) Lésions des ovaires

Macroscopiquement les ovaires nous apparaissent scléreux et diminués de volume dans nombre de cas de métrorragies essentielles ; d'autres fois ils présentent une dégénérescence microkystique accentuée,

avec ou sans hypertrophie de l'organe témoignant d'un processus de sclérose utéro-ovarienne diffuse.

Wallart, Seitz, Cohn, Forgues et Massabuau qui ont étudié la question au point de vue histologique ont constaté une augmentation considérable du nombre des atrésies folliculaires. Or chaque follicule atrésique, kystique ou non, est constitué par une néo-formation de cellules lutéiniques dues à la transformation des cellules conjonctives de la thèque interne, ce sont les cellules interstitielles, substratum anatomique de la sécrétion interne de l'ovaire.

Quant à l'ovaire microkystique il se caractérise par une hyperproduction de cellules interstitielles, par une hypertrophie de la glande à sécrétion interne et par la distension simultanée d'un certain nombre de follicules qui n'arrivent pas à la déhiscence.

D) Lésions de la trompe

Les seules altérations des trompes que l'on ait trouvées sont propres à la vieillesse : oblitération plus ou moins marquée avec rétrécissement et diminution de longueur.

En résumé on peut dire que les lésions des organes génitaux qui donnent lieu à des métrorragies de la ménopause, sont principalement des lésions de sclérose diffuse avec altérations plus ou moins marquées des artères (épaississement péri-artérite) et des veines (varices des plexus utéro-ovariens).

PATHOGÉNIE

L'accord est loin d'être parfait sur la pathogénie des métrorragies de la ménopause. Mais on tend aujourd'hui à les considérer comme étant le résultat d'un trouble de la sécrétion ovarienne.

J'emprunte à ce sujet la discussion qui nous a été donnée par Forgues et Massabuau dans un article de la *Presse médicale*.

Quelle est la cause déterminante de ces hémorragies ?

1° Métrite

On a tout d'abord invoqué la métrite banale. Il s'agirait pour certains auteurs d'une forme de métrite atténuée, ou du réveil au moment de la ménopause d'une métrite ancienne survenue à l'occasion d'une infection mal connue dans son évolution. Mais Richelot et ses élèves ont montré que ces accidents étaient indépendants de toute infection et de toute métrite. Les métrorragies de la ménopause ne sont pas la conséquence d'une infection de l'utérus. A. Siredey, dans de très nombreuses recherches histolo-

giques, n'a rencontré que très rarement la métrite qui existait avant les hémorragies. Il est presque superflu de rappeler que les hémorragies n'accompagnent que rarement les métrites si intenses des blennorragiques ou des puerpuérales. Elles dépendent ici, à son avis, de la sclérose du parenchyme utérin et de la sclérose des ovaires qui coexiste presque toujours avec la sclérose utérine. Du reste, l'étude anatomo-pathologique des utérus enlevés par l'opération, ne montre aucune trace de lésions inflammatoires des annexes, la présence d'aucun germe pathogène. Devant ces constatations négatives, la plupart des auteurs ont admis l'existence d'une lésion non inflammatoire de l'utérus. Parmi les auteurs qui se sont occupés de cette question, il convient de citer : Pozzi, Richelot, Doléris, Theilhaber et ses élèves, Fondley, Pankoff, Schikele et Keller, Adler, etc.

Pour expliquer ces hémorragies essentielles, on a incriminé tour à tour des lésions du parenchyme ou de l'utérus, des vaisseaux, de la muqueuse.

Mon maître, le docteur Siredey, qui a examiné de nombreux utérus scléreux opérés pour métrorragies, fait de la sclérose utérine le facteur principal des métrorragies de l'âge critique. C'est aussi l'avis de Richelot, Theilhaber et Doléris. Ces utérus scléreux que l'on rencontre surtout chez les arthritiques saignent facilement. On explique ces hémorragies par la tendance aux congestions si fréquentes chez ces malades, congestion favorisée par le riche plexus

artériel de l'utérus et aboutissant facilement à des ruptures hémorragiques. Pour Theilhaber il y aurait parésie de la musculature utérine, comme dans la délivrance. Mais cette théorie est démentie par l'anatomie pathologique. En effet, d'après les travaux de Pankoff, tout utérus arrivé à la ménopause a subi une transformation fibreuse plus ou moins accentuée, sa richesse en tissu conjonctif présente des variations individuelles très grandes, suivant l'âge et le nombre des accouchements antérieurs, mais elle n'est pas la même chez toutes les femmes arrivées à la ménopause.

2° Altérations des vaisseaux

Certains auteurs pensent qu'il y a analogie entre les métrorragies de la ménopause et celles dues à l'artério-sclérose des vieilles femmes. Mais les lésions diverses constatées sur les utérus hémorragiques paraissent insuffisantes pour expliquer les métrorragies de la ménopause, on a pensé qu'il fallait en chercher la cause dans l'ovaire.

3° Altération des ovaires

Nous avons déjà vu quelles sont les lésions anatomo-pathologiques que présentent les ovaires des femmes atteintes de métrorragies. Pour Forgues et Massabuau, l'augmentation considérable d'atrésies folliculaires correspondrait à une hyperproduction

de cellules interstitielles et à une hypertrophie de la glande à sécrétion interne.

La glande ovaire hypertrophiée fournirait une quantité anormale d'hosmone, qui modifiée aussi dans sa qualité produirait l'hémorragie.

D'autre part, l'on s'est aperçu que ces hémorragies ont été arrêtées par l'ablation des ovaires, comme l'ont montré Lawson Tait, Bouilly et quelques-uns après eux.

Vinay interprète différemment les métrorragies de la ménopause, pour lui il y aurait arrêt de la sécrétion du corps jaune et son action hypotensive en disparaissant au retour d'âge ne compenserait plus l'hypertension fournie par la glande surrénale.

L. Lévi et H. de Rotschild montrent dans leur ouvrage sur les glandes endocrines, que la perturbation de l'ovaire est associée à un trouble de la fonction de la glande thyroïde et pour Dalché à l'hyperovarie correspond l'hypothyroïdie et réciproquement.

Depuis longtemps, A. Siredey répète dans son enseignement qu'à côté de la sclérose utéro-ovarienne, il est infiniment probable que des altérations variées des glandes endocrines jouent un rôle important dans la genèse de ces hémorragies.

DESCRIPTION CLINIQUE

On a comparé l'utérus lors de la ménopause à une lampe qui jette sa dernière lueur avec plus d'éclat, lorsqu'elle est près de s'éteindre (Zimmermann).

La fonction menstruelle aurait plus d'intensité au moment du retour d'âge et les ménorragies seraient normalement plus abondantes que pendant le reste de la vie génitale. C'est là une opinion dangereuse qui court dans le public et que trop de médecins partagent. De ce fait, les soi-disant métrorragies « essentielles », souvent ne sont pas surveillées et les malades s'acheminent vers les affections les plus graves sans que l'on s'en doute.

Au sujet de ces métrorragies, quelques statistiques ont été publiées, statistiques difficiles à faire (car il faudrait examiner toutes les femmes que l'on rencontre au hasard), qui n'ont pas grande valeur scientifique. Je les citerai néanmoins comme mémoire. C'est ainsi que le docteur américain Duff, ayant examiné 482 femmes arrivées à la ménopause en bonne santé, n'en a trouvé que 39 qui se plaignaient de ce que l'on pourrait appeler hémorragie de la ménopause, et sur ce nombre 5 seulement auraient eu des

ménorragies de quelque importance. Le Dr Lockyer qui s'est également occupé de cette question, arrive à des résultats différents : sur 871 cas, 622 auraient vu le retour d'âge sans perte de sang et 209 auraient des ménorragies ou métrorragies. L'article de Grace Ruskin qui communique ces statistiques ne donne pas de précision. Mais il est plus que probable que sur ces 209 femmes présentant des pertes de sang, on aurait pu trouver, chez le plus grand nombre, par un examen clinique approfondi, une cause pathologique.

Ce genre de métrorragies se rencontre rarement dans la pratique hospitalière, car les malades ont adopté ce préjugé courant qu'il n'y a qu'à attendre patiemment la fin des pertes de sang du retour d'âge. Aussi est-ce plutôt dans la clientèle de ville, chez des malades qui s'inquiètent plus facilement de leur santé, que chez les femmes du peuple que le praticien a l'occasion de suivre cette affection propre à l'âge critique.

La fonction menstruelle à la ménopause présente les plus grandes variétés individuelles. Chez certaines femmes il y a diminution progressive des règles pendant plusieurs mois ou même plusieurs années, jusqu'à l'arrêt définitif de la menstruation ; d'autres voient le molimen menstruel s'espacer de plusieurs mois ; d'autres encore font irrégulièrement tous les deux, trois ou quatre mois de véritables hémorragies qui semblent représenter la somme de ce qu'elles auraient dû perdre mensuellement. Bien qu'il soit

fort difficile d'apprécier avec exactitude la quantité de sang perdu, on peut dire théoriquement que les hémorragies de la ménopause ne commencent que lorsque la femme perd en totalité plus qu'elle ne perdait ordinairement, ou quand elle saigne dans la période intermenstruelle en plus de l'époque habituelle de ses règles, c'est-à-dire qu'aux ménorragies s'ajoutent les métrorragies.

Pour faire la description clinique des métrorragies essentielles de la ménopause, nous allons suivre le même plan que dans l'introduction, c'est-à-dire que nous rechercherons d'abord par l'examen local des organes génitaux s'il existe quelque cause qui puisse expliquer la présence de pertes de sang. Ensuite, nous procéderons à l'examen général en nous efforçant de découvrir dans les antécédents pathologiques des femmes les étiologies hémorragipares, et nous terminerons enfin par la description de la métrorragie essentielle type, qui est relativement rare.

Lorsqu'on fait le toucher vaginal combiné au palper abdominal chez des femmes arrivées à l'âge critique et présentant des métrorragies, l'on trouve bien souvent des déplacements de l'utérus dont les plus fréquents sont la rétrodéviation et le prolapsus. S'il y a rétroflexion la malade accuse des phénomènes douloureux avant l'hémorragie, phénomènes qui se transforment en une sensation de bien-être pendant ou immédiatement après la perte de sang. Quand la coudure est assez accentuée, il se forme des caillots qui sont retenus plus ou moins longtemps

dans la cavité utérine, leur expulsion est alors douloureuse.

Les prolapsus utérins qui coïncident fréquemment avec une ptose généralisée des viscères abdominaux chez les femmes à pannicule adipeux très épais, sont parfois la cause des hémorragies du retour d'âge, en raison des troubles de la circulation pelvienne qui en résulte.

En présence de ces métrorragies on peut sentir parfois au toucher un gros col épais, déformé, avec de légères petites saillies de kystes folliculaires (œufs de Nabboth), l'examen au spéculum nous montre le renversement en ectropion de la muqueuse épaissie, et une glaire plus ou moins épaisse à l'entrée du museau de tanche. Ce sont là les symptômes d'une métrite cervicale chronique que l'examen bactériologique nous révèlera fréquemment comme étant de nature gonococcique.

Le corps utérin peut être gros, dur, sa cavité agrandie d'un demi centimètre ou plus. Par un examen prolongé l'on pourra quelquefois sentir de très légères bosselures, mais le plus souvent la surface apparaît lisse et régulière. Ces sortes d'utérus donnent lieu à des pertes fréquentes et prolongées à l'époque de la ménopause. L'ensemble de ces symptômes pourra faire soupçonner la présence de fibromyomes, bien qu'on ne puisse en avoir la certitude clinique.

D'autres fois l'on sentira un col un peu dur, aux parois rigides, comme empesées, saignant sous

la pression de la main abdominale et vaginale. C'est un néoplasme du col utérin au début. Nous dirons plus loin quels sont les éléments de diagnostic qui le séparent des métrorragies essentielles.

En examinant les culs-de-sac on peut trouver des reliquats de vieilles salpingites qui se manifestent par la présence de cordes tendineuses de brides qui diminuent la profondeur du cul-de-sac et attirent l'utérus d'un côté. Dalché a expliqué le mécanisme des hémorragies dans les salpingites, il l'attribue à l'hyperovarie. Il y aurait une congestion intense qui aboutirait à l'accélération de développement des follicules de de Graaf et du côté de la muqueuse utérine à un écoulement de sang plus ou moins prolongé. Dans les lésions de la trompe on peut du reste observer les phénomènes contraires : aménorrhée due à de l'hyperovarie (Dalché). Mais on peut dire que ces symptômes de métrorragies sont encore plus fréquents au cours de la salpingite aiguë ou subaiguë que dans la salpingite chronique.

Ces hémorragies ont habituellement le caractère ménorragique. Elles débutent avec les règles et se renouvellent par poussées subintrantes qui coïncident avec des douleurs lombo-abdominales, d'intensité variable (A. Siredey).

Les lésions des annexes qui provoquent les métrorragies de la ménopause, ne sont pas toujours accessibles à l'examen clinique ; l'anatomie pathologique nous a montré que la plus fréquente de ces lésions est l'ovaire scléro-kystique.

Nous laisserons de côté dans ce chapitre la description des affections des divers organes (poumons, cœur, rein et surtout foie) qui peuvent présenter comme complications des métrorragies à l'âge critique, pour parler un peu de la syphilis, souvent méconnue, des organes génitaux. Forgues et Massabuau dans leur *Traité de gynécologie* disent au sujet de la syphilis utérine : « Elle ne se traduit par aucun symptôme pathognomonique et c'est ce qui rend particulièrement difficile son diagnostic. Les douleurs sont très variables et siègent principalement dans la région sus-pubienne. Ozenne mentionne la douleur provoquée à la pression du fond utérin qu'il a retrouvée dans deux observations. *Les métrorragies constituent le symptôme capital de la syphilis utérine et qui manque exceptionnellement :* ces hémorragies sont abondantes, ne tardent pas à devenir continues, déterminent un état d'anémie profonde, et sont rebelles à tous les traitements ordinaires, tandis que la médication spécifique les améliore promptement. Il est fort possible, comme le pense Franceschini, que bien des hémorragies utérines graves qui surviennent aux environs de la ménopause et dont on ne connaît pas la véritable nature, relèvent de la syphilis. L'exploration utérine ne permet pas, en effet, de faire le diagnostic : l'utérus est un peu augmenté de volume. On pense à un cancer du corps ou à de la fibromatose, et ce n'est que dans des cas exceptionnels que la connaissance parfaite des antécédents de la malade permet de soupçonner la syphi-

lis, et conduit à tenter la médication mercurielle. »

La syphilis des annexes comme celle de l'utérus provoquent d'abondantes hémorragies. Elles se manifestent d'abord sous la forme de ménorragies, plus tard ce sont des métrorragies abondantes et finalement un écoulement sanguin presque continu qui détermine un état de dépérissement et d'anémie considérable. La douleur qui est variable siégerait pour la plupart des auteurs au niveau des artères pelviennes : (utérine, vaginale, honteuse, interne, hypogastrique) et se réveillerait surtout à la pression. L'examen local révèle souvent une tumeur annexielle.

Lorsqu'on ne retrouve pas chez ces malades des antécédents spécifiques avérés, il est souvent bien difficile, même en s'aidant de la réaction de Wassermann, de faire un diagnostic de syphilis génitale à la période tertiaire, et l'on comprend comment cette affection se glisse facilement parmi les métrorragies essentielles de la ménopause.

Nous arrivons maintenant à la description de ces dernières que nous empruntons au *Traité de gynécologie médico-chirurgicale* de J. L. Faure et A. Siredey : « Ce sont le plus souvent des ménorragies apparaissant à la suite de fatigue insolite, mais il s'agit parfois d'hémorragies irrégulières, aux allures capricieuses et d'autant plus troublantes que l'on n'en saisit pas l'origine.

Elles reparaissent à de longs intervalles, sans aucune régularité, diminuant peu à peu d'abondance et

de fréquence, puis finissant par disparaître. Ce qui caractérise essentiellement ces hémorragies, c'est qu'elles ne s'accompagnent d'aucun trouble de la santé générale, d'aucune altération locale appréciable. On n'observe à la suite aucun suintement suspect. »

M. Siredey ajoute que ces femmes qui sont souvent considérées à tort comme des anémiques, sont au contraire des pléthoriques, et voici la belle description clinique qu'il en fait : « Ce sont en général des personnes d'apparence vigoureuse, d'une corpulence plutôt exagérée, le visage ordinairement coloré et sillonné de petits vaisseaux, devient très rouge après les repas, surtout quand le corset réprime trop énergiquement les écarts de la taille. Le ventre est proéminent, la peau surchargée de graisse, les membres inférieurs sont sillonnés de varices plus ou moins saillantes et de veinules qui dessinent sur les cuisses de fines marbrures rougeâtres.» On rencontre aussi souvent le type de l'hypothyroïdienne dans ces métrorragies de la ménopause. Ce sont des femmes qui ont de l'hypérovarie en même temps que de l'hypothyroïdie. Leur facies est sublunaire, l'embonpoint dépassant la normale, leurs tissus sont flasques et mous, ce qui explique la fréquence des éventrations chez ces malades à la suite d'accouchement ou de laparotomie. La circulation est défectueuse : les extrémités sont froides, les mains toujours rouges ou violacées, et l'hiver les engelures sont presque constantes. Ce sont des malades apathiques à intelligence peu éveillée.

Certaines femmes souffrent au moment de leur ménopause de troubles congestifs intenses qui retentissent sur leur état général, se manifestent du côté des organes génitaux par des périodes d'aménorrhée alternant avec de fortes hémorragies de débâcle qui apportent une sédation de tous les symptômes généraux.

« Il s'agit, en général, dit le docteur Siredey, de personnes robustes, de belle apparence, jouissant d'une bonne santé malgré une hérédité arthritique très chargée.

Habituellement peu fécondes, malgré leur incontestable désir de maternité, dans certains cas indemnes de toute lésion génitale antérieure, elles présentent à des degrés variables le syndrome congestif décrit plus haut.

Souvent constipées, dyspeptiques, hémorroïdaires, migraineuses, elles se plaignent de vertiges, d'une certaine lourdeur de tête, d'inaptitude au travail, de faiblesse physique, et d'apathie intellectuelle qui jurent avec leurs formes extérieures. Parfois elles ont des crises d'oppression, de palpitation, d'accès de tachycardie, de sueurs profuses, de douleurs articulaires, musculaires ou névralgiques. Leurs urines sont rares, pauvres en urée et en chlorure, fortement chargées d'acide urique. On voit ces divers accidents se reproduire chez elles par poussées successives, quelques jours avant les règles ou à des intervalles irréguliers, sous l'influence de fatigue, d'écart de régime. »

On peut rattacher au même groupe les femmes dont parle Fritsch qui atteintes d'engorgement du foie, de pléthore abdominale, d'ictère chronique ou de calculs biliaires, ont des métrorragies concomitantes qui disparaissent par la régularisation de la défécation.

Description de l'hémorragie.

Les prodromes sont légers et sont les mêmes que ceux qui accompagnent le flux menstruel normal : lassitude du corps, légère céphalalgie, quelques frissons passagers, refroidissement des extrémités. On peut encore observer, dit Calliga, quelques vertiges et des tintements d'oreille et chez certaines femmes de l'irritabilité et de l'exaltation du système nerveux. Les symptômes locaux sont : une sensation de pesanteur et parfois une douleur à l'hypogastre, une tuméfaction souvent douloureuse des seins, ardeur et prurit des organes génitaux externes, parfois de véritables coliques utérines sur lesquelles Duparcque a particulièrement insisté. Après les quelques phénomènes prodromiques qui bien souvent manquent totalement, mais en tous les cas ne durent pas plus de deux jours la métrorragie se déclare et j'en emprunte la description à la thèse de Calliga.

« L'apparition du sang en est le symptôme essentiel on le voit s'échapper dans le commencement en grande quantité. D'autres fois l'écoulement est d'abord modéré et ce n'est qu'après quelques jours

qu'il arrive à son summum d'abondance et d'intensité. Le sang ordinairement liquide dans le commencement, sort après en caillots, et si les malades conservent longtemps la position horizontale, ces caillots restent dans le vagin ou la cavité utérine, produisant une suspension momentanée de l'hémorragie, mais les douleurs expulsives que leur présence provoque, et les mouvements ou les efforts des malades ne tardent pas à les chasser au dehors et l'hémorragie apparaît avec une plus belle intensité. » La durée de ces hémorragies est variable, pouvant persister pendant une semaine vu plus avec un intervalle de quelques jours de rémission ou bien s'arrêter au bout de deux ou trois jours seulement quand elles apparaissent pendant la période intermenstruelle, survenant le plus ordinairement après une période d'aménorrhée plus ou moins complète de deux ou trois mois, car comme le fait remarquer A. Siredey : « dans ces utérus congestifs, souvent l'écoulement menstruel se produit moins abondant que de coutume, la malade est soulagée, et les mêmes malaises reviennent à l'époque suivante, ou après une trêve de quelques mois. A mesure que ces phénomènes se renouvellent, ils deviennent plus intenses, les rémissions moins longues et moins complètes. La malade n'éprouve plus de soulagement qu'après la grande hémorragie de débâcle qui survient à intervalles irréguliers, soit à une époque cataméniale, soit en dehors d'elle. »

Lorsqu'on fait l'examen local de ces femmes plé-

thoriques à utérus congestionnés, les renseignements fournis par le toucher diffèrent énormément suivant qu'il est fait avant ou après l'écoulement sanguin.

Dans la période pré-cataméniale, l'utérus apparaît gros, dur, tendu, pouvant en imposer pour une tumeur et même parfois pour une grossesse lorsqu'il y a eu un retard de règle assez considérable. Si on a l'occasion de toucher de nouveau ces femmes après l'hémorragie, on est tout étonné de retrouver un utérus de dimension normale, parfois même petit qui ne saurait se comparer avec le même utérus gorgé de sang. Ce sont ces utérus congestionnables auxquels M. Siredey applique la pittoresque expression « d'utérus accordéon ». On a signalé une sensibilité exagérée du corps utérin au toucher, et parfois on a trouvé les ovaires plus ou moins prolabés dans les culs-de-sac. L'inspection au spéculum nous révèle une coloration foncée du col.

Au point de vue de l'évolution, on peut dire que ces métrorragies « essentielles » de la ménopause que l'on rencontre chez les malades pléthoriques, ne sont pas dangereuses en elles-mêmes et se terminent le plus souvent spontanément au bout de quelques mois ou de quelques années.

Mais on en a pourtant cité des cas fort graves et Vinay dit à propos de ces hémorragies : « Dans quelques cas, elle provoquent des symptômes fort inquiétants en raison de leur abondance et aussi de leur durée, on en a même signalé qui persistèrent

pendant dix à douze ans en l'absence de toute lésion utérine appréciable. »

Dans ces conditions elles peuvent déterminer une anémie grave, et même une sorte de chlorose tardive, et chez les sujets prédisposés, elles amènent des troubles vésaniques. Sans doute ces hémorragies sont rarement dangereuses, mais par leur persistance et par la quantité de sang perdu, on est obligé alors d'en arriver à des opérations radicales comme la castration, et même l'extirpation de l'utérus et des ovaires.

DIAGNOSTIC

La première question qui se pose en face d'une métrorragie est de savoir si l'écoulement sanguin provient bien de l'utérus. Le problème est en général fort facile à résoudre. Voici ce que Calliga dit à ce sujet : « L'inspection directe des parties génitales soigneusement lavées, et surtout l'introduction du spéculum serviront à préciser le point qui fournit l'épanchement et à distinguer l'hémorragie utérine d'une élytrorragie ou d'une métrorragie. Plusieurs exemples d'hémorragies vaginales ont été rapportées par les auteurs ; la plupart reconnaissent une cause traumatique, chez presque tous les autres, l'écoulement par le vagin n'est qu'une expansion de la perte utérine. Dans l'hématurie le sang ne coule qu'avec les urines. » L'interrogatoire de la malade révélant ses antécédents (des symptômes de douleurs ou simple pesanteur dans le bas-ventre avec légère lassitude générale) suffira avec l'examen local à éclairer le diagnostic.

Lorsque les pertes utérines surviennent entre quarante et cinquante ans environ, pertes qui se présentent presque toujours sous la forme ménor-

rhagique, beaucoup plus rarement sous la forme de métrorragies, chez une femme ayant présenté quelques-uns des divers malaises propres au neuro-arthritisme (douleur articulaire, goutte, migraine, névralgies faciales, colique hépatique ou néphrétique, etc.), on ne pourra pas conclure d'emblée à une métrorragie de l'âge critique. Il faudra d'abord fouiller soigneusement le passé morbide de la malade pour s'efforcer de découvrir les causes générales ou locales qui ont pu s'ajouter à l'influence diathésique, pour en transformer les symptômes comme nous l'avons déjà vu dans la description clinique. Le résultat de l'examen général ou local des femmes sera souvent de nous montrer qu'il y a association de diverses causes pour former une affection hybride et que la véritable métrorragie essentielle de la ménopause se présentant sous le type idéal de la femme pléthorique bien portante n'ayant eu aucune autre affection générale que le neuro-arthritisme, et un passé génital indemne de toute affection pathologique, est relativement peu fréquent dans la pratique médicale. Le plus souvent les malades qui viennent consulter un médecin à leur ménopause, pour des métrorragies, ont eu à un moment donné, même en dehors des maladies générales, une salpingite, une vieille métrite qui se réveille au retour d'âge, des polypes muqueux comme dans notre observation III, ou bien on sent au toucher un corps utérin dur, légèrement bosselé, ou seulement un peu augmenté de volume, qui correspond à de petits

fibro-myomes comme dans les observations V et VI. Tous ces diagnostics sont en général assez aisés et s'il y a quelques hésitations momentanées à leur sujet, la santé de la malade n'en souffrira pas outre-mesure. Mais il est un autre diagnostic bien plus délicat, qu'il importe de faire sans trop de transgression et pour lequel on ne saurait négliger aucun des moyens cliniques et histologiques à notre disposition, c'est le diagnostic de cancer du col utérin. Lorsque cette affection se manifeste à l'âge critique, elle en impose trop souvent pour une métrorragie essentielle, si on n'a pas dans l'esprit qu'il faut toujours y songer. Le cancer s'installe si insidieusement, son premier et unique symptôme n'étant pendant plusieurs mois qu'une hémorragie intermittente, d'abord légère survenant à la suite d'un effort de défécation, d'un traumatisme local (introduction d'une sonde ou d'un thermomètre; coït ou toucher du médecin) augmentant parfois la durée des règles. La métrorragie de la ménopause est plus franche, plus abondante, plus spontanée. Quant à l'examen local, par le contact du doigt ou du spéculum sur le col, la pression simultanée du col et du corps par le palper bi manuel, il provoque presque toujours l'apparition du sang dans le cancer, en dehors de toute époque menstruelle. C'est là un symptôme de première importance sur lequel le docteur Siredey insiste tout particulièrement. Le col nous offre une consistance spéciale ; ses parois sont rigides, comme empesées, alors même que l'utérus n'a rien perdu de

sa mobilité, ce n'est pas le col dur, gros, fibreux des utérus congestionnés ou artério-scléreux de la ménopause.

L'examen au spéculum ne donne rien dans le cancer tout au début, dans les métrorragies de la ménopause, le col utérin nous apparaît lie de vin. Toutes ces nuances cliniques qui séparent un cancer du col utérin au début, d'une métrorragie essentielle, sont souvent si délicates qu'il est nécessaire de suivre une femme très attentivement si on a la moindre arrière-pensée d'une affection maligne. Le curettage suivi d'un examen biopsique s'impose. Si le résultat est négatif et que, cependant, la clinique nous laisse encore insatisfaits, il ne faut pas craindre, nous dit notre maître, M. Siredey, d'employer les moyens radicaux, de faire opérer la malade s'il y a persistance trop longue de ces hémorragies inquiétantes. Car mieux vaut encore faire enlever un utérus sain qui, à l'époque de la ménopause a terminé sa fonction physiologique, que de tergiverser jusqu'à ce que l'on se trouve en présence d'un néoplasme inopérable.

On peut dire, en résumé, que le diagnostic des métrorragies essentielles de la ménopause ne peut se faire qu'en suivant l'évolution de l'affection pendant *plusieurs années* pour être sûr que ces soi-disant hémorragies essentielles ne sont pas le symptôme initial de fibromes latents, de polypes, qui ne se révèlent que plus tard. Combien de fois, même de petits fibromes, d'inoffensifs polypes constatés au

moment de l'apparition de ces hémorragies, dont ils paraissent être la cause, ne se compliquent-ils pas tout d'un coup d'un épithélioma de la muqueuse intra cervicale ou intra-utérine, qui évolue insidieusement masqué par eux?

C'est un diagnostic fort délicat à faire et qui demande beaucoup de circonspection et d'expérience. Il faut suivre attentivement ces malades, les observer minutieusement. On ne devra jamais oublier qu'à cet âge les hémorragies à peu près ininterrompues sont presque toujours symptomatiques d'un cancer. Celles qui accompagnent les myomes gardent le plus souvent la forme ménorragique; elles ne deviennent continues que lorsqu'un myome sous-muqueux tend à se pédiculiser et tombe dans la cavité utérine.

Or, dans un utérus purement scléreux cette cause d'erreur n'existant pas, les pertes de sang gardent constamment leur rythme mensuel, et si prolongées qu'elles soient, elles laissent quelques jours de répit avant l'apparition d'une nouvelle époque menstruelle. Lorsqu'elles prennent le type continu, elles deviennent suspectes et il est rare qu'une exploration minutieuse par le doigt, par la curette s'il le faut,ne finisse pas par déceler le cancer dont la gravité si terrible doit faire l'objet constant de nos préoccupations en pareil cas.

TRAITEMENT

Le traitement des métrorragies essentielles de la ménopause présente toute une échelle de graduation suivant qu'il s'adresse à une femme ayant de simples tendances hémorragiques, à celle présentant des hémorragies d'intensité moyenne ou des hémorragies assez abondantes et prolongées pour faire craindre une issue fatale. Il s'étend depuis les simples prescriptions hygiéniques jusqu'à la castration et l'hystérectomie totale en passant par toute la gamme des médications hémostatiques et décongestionnantes.

J'emprunte au *Traité de Gynécologie* de Faure et Siredey la description de l'hygiène à suivre au moment du retour d'âge par la femme pléthorique :

La prophylaxie de la congestion utérine réside essentiellement dans une bonne hygiène générale ; elle est basée sur cette notion que tout ce qui sera de nature à élever la pression artérielle, à provoquer de l'éréthisme cardio-vasculaire, aura un fâcheux retentissement sur l'appareil génital dont les circonstances font pour certaines femmes un *locus minoris resistentiæ*.

Le régime alimentaire a, en pareil cas, une importance plus grande qu'on ne serait tenté de le croire. On devra éviter les repas trop copieux, l'usage des mets de haut goût, des épices, du vin, l'abus de la viande, du thé, du café, des nombreuses préparations dites toniques et reconstituantes, dont on abuse souvent sous divers prétextes. On veillera à la régularité des fonctions intestinales, la coprostase exerçant une influence fâcheuse sur la circulation pelvienne.

Nombre de fluxions génitales sont enrayées ou atténuées par ces précautions élémentaires, indispensables surtout à l'époque de la ménopause.

On se méfiera du séjour au bord de la mer ou à une altitude excessive (supérieure à 1.000 ou 1.200 mètres). Il faut mettre ces malades en garde contre les inconvénients de la fatigue, et contre ceux du repos exagéré. On interdira l'abus du sport, la marche prolongée, les longues courses en voiture et surtout en automobile, le tennis, la danse, l'équitation, ou le surmenage intellectuel.

Mais l'immobilisation prolongée ne serait pas exempte d'inconvénients : elle exagérerait les tendances arthritiques, l'obésité, la constipation et les phénomènes de stase qui en sont souvent la conséquence. On devra donc prescrire un exercice modéré, sous forme de promenades à pied quotidiennes, la bicyclette, d'après Lucas-Championnière, serait un exercice salutaire pour ces malades, à condition de ne pas en abuser. La gymnastique décongestionnante

(Stapfer) faite chaque jour pendant quelques minutes, donne les meilleurs résultats dans les phénomènes congestifs persistant qui précèdent la ménopause, et agissent aussi dans les pertes de sang prolongées. Le but de cette gymnastique est de diminuer la tension des vaisseaux pelviens. Elle comprend des mouvements actifs et des mouvements passifs qui portent sur les muscles de la région dorsale, ceux de la partie postérieure de la cuisse, et en particulier sur les abducteurs. Stapfer joint à cette kinésithérapie le massage gynécologique qui a aussi une action décongestionnante en activant la circulation pelvienne, et en diminuant la stase.

Au massage local, il faudra adjoindre chez les femmes à embonpoint excessif, le massage général, car l'obésité et les ptoses contribuent pour une large part aux désordres de l'appareil génital (A. Siredey). Ce massage général activera le fonctionnement des divers émonctoires, et favorisera l'élimination des toxines et déchets qui entrent dans l'organisme. Les frictions aromatiques sur tout le corps, ainsi que les bains fréquents concourent au même but.

Chez certaines femmes, toutefois les bains chauds provoquent trop facilement le retour des règles et congestionnent l'appareil génital. Il faut prescrire dans ces cas, un bain très court et à température peu élevée, 35 à 36 degrés.

Comme médicaments on pourra donner quotidiennement pendant huit jours avant les règles, chez les femmes constipées et migraineuses, le matin à

jeun, un des paquets suivants, dissous dans un verre d'eau bouillie tiède :

Sulfate de soude.....	2 gr. 50
Phosphate de soude desséché.....	0 gr. 75
Bicarbonate de soude.....	0 gr. 50
Bromure ou chlorure de sodium.....	0 gr. 25

Cette petite cure de désintoxication pourra être remplacée par un séjour dans une station thermale à eau chlorurée, bromurée, sodique. Salies-de-Béarn, Biarritz, Salins, La Motte, etc. Ces cures devront être surveillées à cause de l'éréthisme cardio-vasculaire qu'elles sont susceptibles de provoquer.

Aux femmes variqueuses, à circulation pelvienne défectueuse, on administrera de l'hamamelis associée au viburnum prunifolium, à l'hydrastis canadensis. On pourra donner ces médicaments soit par la voie buccale, soit en lavements, cette dernière méthode est préférable, car si l'on peut employer ainsi de fortes doses, pendant un temps prolongé, sans crainte de fatiguer l'estomac. On pourra appliquer sur le col utérin des pansements à la glycérine ichtyolée au 1/10, ou des ovules au thigénol. Cette petite médication locale faite trois fois par semaine a une action décongestionnante incontestable et constitue la saignée blanche dont parle Gallard.

Si malgré ces précautions ou parce que les malades ne les auront pas suivies, il existe des ménorragies ou métrorragies importantes, il faudra recourir alors à un traitement plus énergique.

On devra faire aliter les malades pendant leur

perte, et ne les laisser se lever sans aucun prétexte, c'est une prescription qu'il est aisé au médecin de formuler, mais qui est bien difficile à suivre pour les malades qui n'acceptent que rarement le repos absolu et prolongé lorsqu'elles ne souffrent pas. Aussi ne voit-on que peu souvent tous les bons effets que ce simple traitement pourrait donner, car il n'est pas suivi. La position à prendre dans le lit n'est pas indifférente. La tête devra être basse, le bassin un peu soulevé et les cuisses rapprochées. L'évacuation intestinale et vésicale seront surveillées avec soin. Les laxatifs légers sont préférables aux lavements qui remuent trop les malades. Si l'émission d'urine est difficile il y aura lieu de recourir au cathétérisme. On conseillait autrefois chez les malades pléthoriques une émission sanguine au moyen de la saignée, des sangsues ou des ventouses scarifiées. Mais ces procédés semblent aujourd'hui abandonnés, on préfère à la déplétion sanguine les moyens hémostatiques qui sont nombreux. Le docteur Siredey conseille en pareil cas des injections d'eau bouillie chaude, 48° à 50°, six injections par jour de 4 à 6 litres, faites lentement sous une faible pression de 40 à 60 centimètres au moyen d'une canule à double courant. Une vessie de glace en permanence sur l'abdomen réussit surtout à arrêter des métrorragies rebelles. Calliga parle de suppositoires de glace dans la cavité vaginale.

Les médicaments les plus divers ont été employés pour combattre les métrorragies de la ménopause.

Je ne citerai que pour mémoire l'alun, le tanin (Calliga), l'oxyde de zinc (Tweal), la solution arsenicale de Fowler (H. Hunt), les émétiques: ipéca cuanha, tartre stibié à doses réfractées (Funck, Stohl, Cullen). Actuellement on emploie les hémostatiques dont le plus connu est l'ergot de seigle. Voici ce que dit Vinay à ce sujet dans son intéressant ouvrage sur la ménopause: « On doit administrer l'ergot de seigle à très petites doses (0 gr. 10). Il provoque alors une stimulation légère, un réveil de l'ovaire paresseux. Quelquefois cependant il faut recourir à des doses plus fortes :

Poudre d'ergot de seigle.....	3 gr.
Poudre et feuilles de digitale.....	1 gr.

Pour 20 pilules, 4 par jour.

On peut donner encore l'ergotine en injection sous-cutanée.

Ergotine.....	1 gr.
Eau de laurier-cerise.....	5 gr.

(Une demi-seringue toutes les heures, jusqu'à arrêt complet de l'hémorragie.)

Une formule excellente est la suivante :

Teinture d'hydrastis canadensis..	2 gr.
Teinture de cannelle.....	10 gr.
Extrait thébaïque.....	10 centigr.
Sirop d'écorce d'orange.....	50 gr.
Eau distillée.....	100 gr.

(A prendre par cuillerée à bouche toutes les heures). On peut aussi se servir de l'eau de Léchelle.

Parmi tous les hémostatiques le plus actif est certainement l'ergot de seigle, mais si son action est rapide, elle reste peu durable, elle devient parfois dangereuse ou douloureuse, lorsqu'existe des lésions du muscle utérin. Il en est ainsi de l'adrénaline que l'on injecte en solution au millième et dont on donne 50 centigrammes à 1 gramme avec la seringue hypodermique. L'adrénaline est le vaso-constricteur le plus puissant que l'on connaisse, mais son action très énergique est toujours suivie d'une vaso-dilatation marquée.

Par contre quelques-uns de ces hémostatiques sont infidèles comme le chanvre indien, l'alumnol, la quinine, le piscidia, etc.

En réalité il n'en existe que trois qui aient une valeur réelle et plus grande que les autres, en dehors de l'ergot de seigle, ce sont la stypticine, l'hydrastis canadensis et l'antipyrine.

La stypticine ou chlorate de coparnine est un produit de dédoublement de la narcéine, alcaloïde extrait de l'opium qui agit comme un hémostatique interne ou externe ; il jouit à la fois d'un pouvoir vaso-constricteur et d'un pouvoir analgésique, il diminue les hémorragies utérines et calme les phénomènes douloureux qui les acoompagnent.

La dose ordinaire est de 20 centigrammes soit 4 à 6 capsules ou tablette de 5 centigrammes chaque ; on peut la donner en injection sous-cutanée en solution à 10 o/o, soit deux seringues de 20 centigrammes de stypticine par jour.

L'hydrastis canadensis est un tonique vasculaire, il provoque la décongestion de l'appareil utéro-ovarien, il agit sur les fibres et tissu des vaisseaux utérins.

On peut compter aussi sur l'antipyrine qui détermine il est vrai une vaso dilatation périphérique, mais qui, par contre, provoque lorsqu'elle est appliquée localement une vaso-constriction intense avec ischémie rapide et relativement durable. Elle jouit encore de propriétés analgésiques et antiseptiques. Aussi comprend-on qu'elle ait été proposée dans le traitement des hémorragies utérines. »

Labadie-Lagrave indique d'associer le salol en partie égale à l'antipyrine et de chauffer jusqu'à liquéfaction des deux produits (l'antipyrine a son point de fusion à 100° tandis que le salol fond à 43°). On fait avec cette préparation des écouvillonnages intra-utérins. Nous avons vu personnellement à la consultation du docteur Siredey un certain nombre de métrorragies idiopathiques de moyenne intensité disparaître à la suite de trois ou quatre applications d'antipyrine et salol faites tous les deux jours.

Après l'antipyrine, dit encore Vinay, on conseillera le chlorure de calcium qui agit en augmentant la coagulabilité du sang.

On formule ainsi dans le traitement interne :

Chlorure de calcium.....	4 gr.
Sirop d'opium.....	40 gr.
Eau distillée.....	120 gr.

Potion à prendre par cuillerée à soupe toutes les

deux heures. Les hémostatiques ne réussissent pas à toutes les hémorragies de la ménopause ; ils peuvent même être nuisibles chez certaines femmes atteintes d'artério-sclérose, car les vaisseaux ayant perdu leur élasticité sont prêts à se rompre sous l'influence des vaso-constricteurs énergiques. « Ces hémorragies-là n'aiment pas les vaso-constricteurs » a dit H. Huchard. Il leur donne plutôt de l'opium, de la médication sédative, de l'eau tiède. Voici comment Vinay envisage le traitement de ces sortes d'hémorragies. « Chez ces malades, la méthode la meilleure est la douche tiède et les injections à température de 32 à 35 degrés qui possèdent une influence sédative et calmante, à condition que leur action soit prolongée. On met la malade dans la position couchée, et la pression du liquide doit être très faible, de telle façon que la canule ne s'élève qu'à 8 ou 10 centimètres au-dessus du plan du lit. La couche doit être baveuse selon l'expression de Beni-Barde et le liquide injecté de 2 litres au moins.

D'autres traitements ont encore été proposés pour les métrorragies d'intensité moyenne. C'est ainsi que Fritsch faisait au moment de la menstruation une injection intra-utérine de perchlorure de fer avec la seringue de Braun. Ce moyen nous apparaît comme dangereux car l'on a souvent vu les instillations intra-utérines suivies de phénomènes d'inhibition graves.

Pour Carpentier-Méricourt les métrorragies de la ménopause étant causées par la congestion de l'ovaire,

il conseille, comme le faisait aussi Verneuil, une injection sous-cutanée de chlorhydrate de morphine au niveau de l'ovaire, et si la perte ne s'arrêtait pas, il faisait appliquer au même point un vésicatoire volant pansé avec 1 centigramme de poudre de morphine.

Dalché a proposé dans les métrorragies dues à l'hyperovarie, et Beni-Barde dans les métrorragies congestives l'emploi de la douche froide plantaire, courte au début du traitement de dix à vingt secondes. C'est là une médication qui doit être fort désagréable pour les patientes !

Si malgré tous les traitements ordinaires employés, les métrorragies au lieu de s'arrêter augmentent d'intensité et de durée et tendent à devenir un danger pour la vie de la malade, il ne faudra pas hésiter à employer les moyens les plus énergiques. Comme traitement immédiat on a conseillé la compression abdominale associée au tamponnement vaginal qui pourra être fait avec de la gaze dont l'extrémité sera trempée dans du sérum gélatiné stérilisé. En Angleterre on a fait dans des cas semblables la transfusion du sang. Ce sont des traitements d'urgence qui conduisent soit à la destruction des ovaires par les rayons Rœntgen (Siredey), soit à la castration chirurgicale (Lawson-Tait et Bouilly), soit encore à l'hystérectomie totale (Lvow, Richelot).

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Nicolon, thèse de Strasbourg, 1808).

Observation sur la ménorragie qui survient à l'approche de la ménopause

Je fus appelé, il y a neuf mois, pour visiter la femme d'un ouvrier indigent, demeurant à Nantes, rue de Richebourg. Cette femme âgée de quarante-sept ans, mère d'une nombreuse famille, d'une stature moyenne, d'un tempérament lymphatique, n'était plus réglée depuis six mois, et ne croyait plus l'être à l'avenir. Lorsque je la visitai, elle était depuis deux jours retenue au lit par une perte utérine, accompagnée de syncopes fréquentes.

La figure de cette femme était pâle et comme disposée à la bouffissure, la langue était chargée d'un limon jaunâtre ; elle se plaignait de dégoût, de nausées fréquentes, d'embarras d'estomac, de borborygme, de tension du ventre et de constipation extraordinaire.

Prescription de l'eau d'orge avec le sirop de limon, d'un bouillon de veau avec la laitue et l'oseille, et de demi-lavements émollients ; invitation au repos parfait du corps, à la tranquillité de l'âme ; courage de la malade ranimé par la

promesse qu'elle ne manquerait ni des soins, ni des secours nécessaires pour parvenir à une guérison prochaine.

Quelques jours s'étaient écoulés et la perte un peu diminuée, continuait cependant avec assez d'abondance pour affaiblir la malade d'une manière sensible. Comme elle était d'ailleurs très incommodée par des bouffées de chaleur à la face, des accès de suffocation et des défaillances, je recommandai de lui faire respirer de l'éther, et j'ajoutai à sa limonade un peu d'eau de fleur d'oranger.

Les nausées devinrent plus intenses le lendemain et dans le courant de cette journée elle vomit une grande quantité de salive épaisse et bilieuse avec trois vers lombrics. Je prescrivis alors une légère infusion de camomille romaine.

Les nausées, quelques vomissements de bile qui eurent encore lieu, et un dévoiement qui s'établit, au lieu d'affaiblir la malade produisirent un mieux-être sensible, et arrêtèrent presque entièrement l'écoulement utérin. Ce fut un trait de lumière pour moi, et je me déterminai à administrer le surlendemain quinze grains d'ipécacuanha qui produisirent d'abondantes évacuations, soit par le vomissement, soit par les selles, nous trouvâmes dans les matières stercorales dix vers lombrics. Un calmant fut donné le soir du même jour, et procura une bonne nuit. La malade fut encore purgée quelques jours après, avec les tamarins, la casse et la manne. Dès lors la perte cessa pour toujours, et cette femme recouvra bientôt la santé et en jouit encore maintenant.

Réflexions (du même auteur). — Cette observation est remarquable en ce que l'affection des premières voies paraît avoir déterminé sympathiquement une

perte utérine chez une femme qui croyait avoir passé son temps critique. Quoi qu'il en soit au reste de cette étiologie, il est du moins certain que les évacuants ont produit de très heureux effets, soit qu'ils aient agi en attaquant le principe de la maladie, soit que leur action se soit bornée à opérer une heureuse révulsion.

OBSERVATION II

(Pourchet, thèse de Strasbourg, 1832).

Mme P..., âgée de cinquante ans, était depuis une année sujette à des pertes fréquentes ; les règles revenaient périodiquement tous les mois, mais elles étaient extrêmement abondantes et se prolongeaient au delà de quinze jours. Cependant sa constitution en était peu altérée. Au bout de six mois de cet état, l'écoulement périodique cessa de se manifester, et Mme P... se crut pour toujours débarrassée de cette incommodité ; mais après trois mois et demi de suspension, elle se trouva tout à coup au milieu de la nuit baignée dans son sang : l'hémorragie était survenue sans prodrome au milieu du sommeil. Eloignée de tout secours, elle ne peut appeler de suite un médecin L'hémorragie dura toute la nuit pendant laquelle la malade eut plusieurs syncopes ; elle diminua vers le matin et elle avait entièrement cessé quand le médecin arriva. Celui-ci se contenta de prescrire le repos, la diète et des boissons froides acidulées.

Les règles revinrent encore pendant quatre mois à des époques régulières, mais elles n'offrirent plus rien d'alar-

mant : au bout de ce temps elles cessèrent pour ne plus reparaître.

Réflexions personnelles. — Bien que cette observation soit fort incomplète, qu'elle manque de précision clinique et d'examen local, pour pouvoir établir un diagnostic ferme, je crois cependant que d'après l'évolution on peut la considérer comme rentrant dans le cadre des métrorragies essentielles de la ménopause.

OBSERVATION III

(Calliga, thèse de Paris, 1856).

Mme P..., âgée de quarante-cinq ans, d'un tempérament sanguin et d'une forte constitution, habitant ordinairement la campagne, a vu il y a dix-huit ou vingt mois sa santé se détériorer peu à peu. Les règles qui, auparavant étaient de cinq à six jours, devinrent plus difficiles et plus abondantes, et se transformèrent enfin en hémorragies qui duraient quinze jours, s'arrêtaient pendant huit ou dix, au bout desquels elles reprenaient de nouveau et présentaient dans leur cours certaines exacerbations et rémittences irrégulières. Son dernier accouchement date de quinze ans, et depuis cette époque elle a eu sans cesse un peu de flueurs blanches et elle ressentait de temps en temps quelques douleurs lombaires et hypogastriques. Actuellement elle tousse un peu, mais sa poitrine est complètement saine ; les autres fonctions sont parfaites. Le seul phénomène morbide manifeste, c'est l'hémorragie. Comme état général, anémie assez prononcée et maigreur.

Au palper on trouve le ventre douloureux à la pression, et le toucher montre l'utérus doublé environ de volume, et son col dur et rugueux surtout à l'orifice. Au spéculum on voit le col volumineux, engorgé, couleur un peu lie de vin, et à l'orifice quatre petites excroissances polypiformes, pédiculées, de la grosseur d'un petit pois.

20 juin 1854. — M. Coffin fait l'excision des excroissances polypiformes du col, et une cautérisation immédiate avec le nitrate acide de mercure ; le 7 juillet les règles reviennent et durent quatorze ou quinze jours. Il sonde l'utérus et aurait trouvé la surface rugueuse et comme mamelonnée. Le 26 juillet, il introduit la curette de Récamier qui entraîne au dehors sept ou huit masses polypeuses, granulées, semblables à celles qui étaient sur le col. Depuis, la menstruation s'accomplit régulièrement et elle dure de six à sept jours. Etat de santé parfait.

Réflexions personnelles. — L'observation qui précède semble sortir du cadre de notre travail, car dans ce cas les métrorragies sont dues à une condition pathologique de l'utérus : la présence de polypes intra et extra-cervicaux. Mais on nous dit que la malade était d'un tempérament sanguin et d'une forte constitution (ce n'est que secondairement à ses hémorragies répétées qu'elle est devenue anémique et amaigrie) le toucher donne une sensation de dureté du col, et vu au spéculum ce même col apparaît congestionné, lie de vin. Est-ce que tous ces symptômes, sans parler de la grosseur du corps utérin que l'on peut peut-être ne pas attribuer à la congestion, mais

à la présence de polypes, ne sont pas les mêmes que ceux que l'on rencontre chez toute femme pléthorique qui présente des métrorragies essentielles de la ménopause ? Et ne peut-on pas considérer ce cas comme une hémorragie idiopathique du retour d'âge, modifiée et augmentée par la présence des polypes muqueux ?

OBSERVATION IV

(Dr Routier. Thèse E. Schmid, *Métrite angiomateuse*).

La nommée Ber... Marie, âgée de quarante-deux ans, passementière, entre le 29 avril 1896 dans le service de M. le Dr Routier à Necker pour des douleurs dans le ventre et des pertes abondantes.

Les antécédents personnels sont simples, elle n'a jamais fait de maladies graves. Réglée à treize ans, toujours régulièrement et sans douleur.

Elle a commencé à souffrir du ventre il y a quatorze ans. Les douleurs continues avec exacerbation siégeaient surtout dans la partie inférieure et gauche de l'abdomen et s'irradiaient dans la cuisse du même côté.

Depuis trois ans ses règles jusque-là très régulières, sont devenues trop abondantes ; elles duraient plus longtemps que d'habitude ; puis elles sont devenues plus fréquentes, toutes les trois semaines, tous les quinze jours et ces derniers temps d'une façon absolument irrégulière, laissant peu de répit à la malade.

A aucun moment elle n'a fait de fausse couche, ni eu de retard dans ses règles.

A l'examen. — L'utérus paraît normal comme volume, on

ne constate rien d'anormal du côté des trompes et des ovaires.

Le toucher est du reste rendu difficile par la raideur de la paroi abdominale de la malade.

Au spéculum, le col est conique, son orifice punctiforme, l'hystéromètre ne peut pénétrer dans sa cavité.

20 mai. — Depuis trois semaines que la malade est dans le service, au repos et avec de grandes injections chaudes, les métrorragies ont continué; elle a perdu pendant quatre reprises différentes et pendant plusieurs jours chaque fois.

On pose le diagnostic de « métrite hémorragique » liée à une altération probablement néoplasique de la muqueuse.

21 mai. — Anesthésie : le toucher ne révèle rien d'anormal du côté des annexes, mais l'utérus paraît gros. L'hystéromètre pénètre de 9 centimètres dans la cavité et la muqueuse friable saigne à son contact.

Hystérectomie vaginale.

23 mai. — Levée des pinces.

26 mai. — Levée des mèches.

10 juin. — La malade sort guérie.

Examen de la pièce. — L'utérus est gros, sa cavité mesure 9 centimètres, son tissu paraît normal. A la coupe, les parois sont épaisses, mais on ne trouve nulle part trace de fibrome.

La muqueuse est lisse et unie, aucune végétation, aucune fongosité, sa surface paraît normale. La coloration est plus rouge qu'à l'ordinaire, et sur un fonds rose foncé, se voit un piqueté rouge vif, très fin.

Les trompes et les ovaires sont sains.

Nous avons prélevé des morceaux de l'utérus sur les deux parois de l'organe, nos coupes ont intéressé à la fois la muqueuse et le muscle.

Les coupes ont été fixées par le sublimé, montées à la paraffine, colorées à l'hématoxyline-éosine.

La muqueuse nous apparaît à la première vue, d'épaisseur normale.

L'épithélium de revêtement, partout intact, a conservé sa forme habituelle, il est sain. Aucune modification du côté des glandes, leurs culs-de-sac ne sont pas dilatés, leur épithélium ne présente aucune dégénérescence.

Elles sont soutenues et séparées par un stroma qui ne présente pas d'infiltration embryonnaire interstitielle.

En revanche, on observe dans toute l'épaisseur de la muqueuse des îlots sanguins facilement reconnaissables.

Ils sont très nombreux ; beaucoup plus que les glandes. Parmi ces îlots, les uns sont collectés dans des canaux, les autres ne présentent aucune paroi d'enveloppe.

A un fort grossissement on constate, immédiatement sous le revêtement épithélial, la présenee d'un grand nombre de vaisseaux embryonnaires dont quelques-uns sont très dilatés et d'une façon irrégulière. Ils ne sont point entourés d'un anneau fibreux et ils n'ont pour toute paroi qu'un simple revêtement endothélial.

La plupart d'entre eux sont gorgés de sang.

Dans la profondeur de la muqueuse par contre, la plupart des vaisseaux sont organisés et certains d'entre eux possèdent un manchon assez épais de tissu fibreux.

Les globules sanguins peuvent en outre faire irruption dans les canaux glandulaires et les remplir complètement.

Le sang semble provenir en partie de la zone vasculaire périglandulaire qui est ici anormalement développée.

Enfin dans le tissu interstitiel de la muqueuse, et surtout au-dessous d'elle, se voient de nombreux îlots irréguliers de globules sanguins qui ont fait irruption dans le tissu.

Il s'agit donc d'une véritable hémorragie interstitielle.

Le tissu musculaire paraît sain, ce n'est que tout près de sa continuation avec la muqueuse que commencent les altérations de sclérose périvasculaire.

En somme, il s'agit dans cette préparation d'une dilatation des vaisseaux de la muqueuse, avec néoformation probable et se rapprochant de la disposition caverneuse. La fragilité des vaisseaux et la tendance aux hémorragies sont indiquées par les extravasations glandulaires et les petits foyers interstitiels.

Réflexions personnelles. — Dans la plupart des utérus dont on a fait l'ablation pour violentes hémorragies survenant à l'époque de la ménopause, on a trouvé des altérations vasculaires : sclérose des parois, disparition des fibres lisses remplacées par du tissu élastique, dilatation des capillaires et parfois même transformation angiomateuse des vaisseaux comme dans l'observation que nous venons de citer et qui ne nous paraît être que l'exagération des lésions des vaisseaux que l'on rencontre dans le véritable type de la métrorragie essentielle de la ménopause.

OBSERVATION V

(Thèse de Stopin, 1897).
(Due à l'obligeance de M. le Dr Gérard-Marchant, chirurgien de l'hôpital Tenon).

Métrite fibromateuse hémorragique de la ménopause. — Hémorragies graves. — Pas de fibromes appréciables à l'examen avant l'opération. — Hystérectomie vaginale.

Mme C..., cinquante ans, entre le 3 janvier 1897, salle Richard-Wallace, lit n° 7.

Réglée à treize ans, régulièrement, mariée à dix-neuf ans et demi, 7 enfants, le dernier il y a dix-sept ans.

Depuis sept mois, la malade perd plus abondamment au moment de ses règles qui durent de dix à douze jours, mais elle ne souffre pas du ventre.

Depuis six semaines surtout, ces hémorragies deviennent très abondantes et l'ont mise dans un état d'anémie grave.

Au toucher, col dur et granuleux. Utérus gros en rétroversion. Rien dans les annexes. Vu l'état grave l'exérèse est décidée.

Hystérectomie vaginale le 7 janvier. Ether. Durée vingt minutes. Hémisection antérieure. Quatre pinces. L'utérus enlevé est gros, ses parois sont épaisses, la muqueuse injectée paraît altérée. Pas de lésion épithéliomateuse. Au microscope on ne trouve pas de tissu fibromateux, mais seulement du myome généralisé. La muqueuse présente des lésions de métrite.

Ablation des pinces le 9.

Suites opératoires très simples. La malade sort guérie le 26 janvier.

OBSERVATION VI

(Thèse de Stopin, 1897).

(Due à l'obligeanee de M. le Dr Gérard-Marchant, chirurgien de l'Hôpital Tenon).

Métrite hémorragique fibromateuse de la ménopause. — Utérus bourré de petits fibromes. — Métrite kystique du col. — Hystérectomie vaginale.

1895, M. X..., quarante-quatre ans. Pertes abondantes depuis des années. Hémorragies ayant beaucoup affaibli la malade.

Ethérisation. Hystérectomie vaginale, 4 pinces.

Examen. — Utérus gros, 16 centimètres de longueur. Col allongé, parsemé sur toute son étendue de petites bosselures.

Le corps utérin ne présente pas de petites tumeurs appréciables à l'œil nu. Cependant quand on ouvre la cavité utérine, et que l'on pratique des coupes dans l'épaisseur du corps utérin, on constate que ce dernier est parsemé d'un très grand nombre de petits fibromes, atteignant parfois le volume d'une petite noisette, touchant par place le péritoine et la muqueuse utérine sans cependant les soulever.

Les petites tumeurs aperçues à l'œil nu dans la région cervicale ne sont pas de même nature ; ce sont de petites poches bien tendues, remplies par un liquide gélatineux.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait de simples kystes par rétention (Œufs de Nabboth).

La muqueuse utérine, malade, hypertrophiée dans la région cervicale, ne présente rien de particulier dans l'étendue du corps utérin.

OBSERVATION VII (Inédite.)

(Due à l'obligeance de M. le docteur Siredey.)

Mme N..., surveillante de l'hôpital X, quarante-six ans, femme robuste de bonne santé, obèse, n'a jamais eu d'enfants ni de fausses-couches.

Réglée à quatorze ans, régulièrement, règles douloureuses.

Depuis l'âge de quarante ans, la menstruation est devenue progressivement plus abondante, sans troubles de la santé générale jusqu'à ces deux dernières années.

A quarante-quatre ans, les hémorragies deviennent plus abondantes, plus rapprochées, de sorte que Mme N... n'a guère que huit à dix jours de calme entre les deux époques aussi éprouve-t-elle une sensation permanente de faiblesse, d'épuisement.

Anémie très notable.

Elle vient consulter à l'hôpital Saint-Antoine en 1909.

L'examen est rendu difficile par l'épaisseur de la paroi abdominale. Néanmoins on ne constate chez elle aucune tumeur annexielle, aucune bosselure au niveau de l'utérus qui est gros, dur, et mesure 7 centim. 1/2.

On lui conseille la radiothérapie. Ce traitement est commencé dans le service du docteur Béclère.

Après la huitième séance, la malade ayant constaté que les deux dernières époques, survenues, au cours du traitement ont été tout aussi abondantes et aussi prolongées que de coutume, refuse de poursuivre la radiothérapie et demande à être opérée.

L'hystérectomie subtotale est pratiquée par M. le docteur

Lejars, en mai 1909. L'opération régulière, sans incident. Guérison complète au bout d'un mois. Après un mois de convalescence, la malade peut reprendre ses fonctions de surveillante, qu'elle n'a pas cessées depuis, et la santé est restée satisfaisante.

L'utérus enlevé était un peu moins gros que le poing, assez régulièrement globuleux et très dur. On constate vers le milieu de la paroi postérieure un petit noyau sous-péritonéal du volume d'une cerise. On n'en rencontre pas d'autre à la surface des parois, non plus que sur les diverses coupes pratiquées sur leur épaisseur. Ce qui frappe le plus c'est la coloration pâle, presque blanchâtre de sa substance musculaire qui est très dure et oppose une résistance accentuée au couteau.

L'examen histologique ne révèle pas de myomes rudimentaires sur les coupes. Les faisceaux de fibres lisses conservent leur apparence et leur disposition normale, mais elles sont séparées par de larges bandes de tissu fibreux qui se prolongent en lamelles plus fines à travers les faisceaux musculaires qu'elles dissocient en maints endroits des préparations.

La sclérose est surtout marquée autour des vaisseaux sanguins. Les artères épaissies sont entourées d'une énorme gangue de tissu conjonctif très dense, ne renfermant que de rares éléments cellulaires.

OBSERVATION VIII (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le docteur Siredey.)

Mme N..., âgée de quarante-cinq ans, n'a eu qu'un enfant, à l'âge de trente-cinq ans, l'accouchement a été difficile et

compliqué d'une phlébite de la jambe gauche. Guérison sans infirmité. Règles normales, un peu abondantes, non douloureuses.

Pendant plus d'un an (1905-1906) les règles augmentent de durée, elles laissent à peine un répit de douze jours entre deux époques et laissent la malade épuisée.

L'examen révèle un utérus de volume à peu près normal, non douloureux, sans lésions annexielles, mais présentant un allongement hypertrophiqne du col qui descend à trois centimètres au plus de l'orifice vulvaire. Ce col est dur saigne facilement sous les pressions du doigt et à l'occasion des rapports sexuels, néanmoins on ne constate aucun symptôme suspect.

Le Professeur Delbet pratique l'amputation du col qui est exécutée très facilement et la guérison se fait sans le moindre incident.

Le col est dur, d'aspect lisse et régulier, mais il a une épaisseur plus grande que la normale.

L'examen histologique ne révèle aucune lésion de la muqueuse, aucune disposition suspecte des glandes, mais la paroi est infiltrée de petits myomes rudimentaires dont les plus volumineux ne dépassent pas la dimension d'une tête d'épingle en verre.

Après sa guérison, la malade est soumise à un régime un peu sévère, à l'usage de l'eau lithinée de Montigny et de gouttes d'hamamelis, de manière prolongée. Les règles diminuent peu à peu d'abondance, et elles disparaissent deux ans plus tard.

Aucun accident depuis treize ans.

OBSERVATION IX (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le docteur Siredey.)

Mme S..., réglée à treize ans, régulièrement, mariée à vingt-trois ans, très bonne santé, trois enfants. Accouchements normaux. Malgré une constitution robuste, et une poitrine très développée, Mme S... n'a jamais pu allaiter ses enfants, la sécrétion lactée chez elle, ne durait que quelques semaines, malgré tous ses efforts et ceux du professeur Tarnier, son accoucheur.

Mme S... avait eu une fièvre typhoïde à dix-huit ans et un érysipèle de la face à l'âge de trente-trois ans. Aucune autre maladie ultérieure, en dehors d'une double arthrite sèche des genoux qui persista de quarante à soixante ans. Varices assez développées des membres inférieurs depuis dernier son accouchement (trente-cinq ans).

De trente à quarante-cinq ans ses règles normales jusque-là, avaient de la tendance à retarder, elles étaient précédées de sensations pénibles de pesanteur pelvienne, parfois de véritables douleurs irradiant dans les membres inférieurs. Ces poussées congestives périodiques furent remarquablement améliorées par une cure à Vichy qui fut suivie de sa troisième grossesse. La menstruation s'améliora dans la suite, mais les malaises se renouvelaient de temps à autre, s'accompagnant de poussées très douloureuses sur le trajet des veines des membres inférieurs. Elle présentait à un très haut degré l'éréthisme douloureux des veines décrit par le docteur Cerisier de Bagnoles-de-l'Orne.

A partir de quarante-cinq ans, les règles deviennent plus

abondantes ; l'écoulement du sang faisait disparaître en quelques heures les sensations pelvi-crurales parfois assez pénibles occasionnées par la congestion prémenstruelle.

A quarante-huit ans, la menstruation prit le caractère ménorragique, qui forçait Mme S...à s'aliter au moment des époques.

L'année suivante (1894) il survint à deux époques des hémorragies assez abondantes pour nécessiter un tamponnement qui dut être renouvelé plusieurs jours de suite, matin et soir. A ce moment, l'utérus au premier jour de la menstruation présentait le volume du poing ; il était dur et sensible. La seconde hémorragie (juillet 1914) fut si abondante que je demandai une consultation avec un chirurgien, dans la pensée de provoquer une hystérectomie pour éviter le retour d'accidents aussi inquiétants. La malade hésita, puis rejeta l'idée d'une consultation. Un repos prolongé, une cure d'eau de Vichy faite à la maison, l'usage d'hamamelis par la voie gastrique atténuèrent l'époque suivante (août 1894) qui fut presque normale, et les règles ne reparurent plus. L'utérus avait repris et gardé son volume normal.

Plusieurs cures à Bagnoles-de-l'Orne et à Bourbonne-les-Bains rétablirent l'équilibre de la santé qui resta excellente jusqu'en 1912, où la malade succomba à un cancer de l'estomac, sans avoir présenté le moindre trouble de l'appareil génital depuis dix-huit ans.

OBSERVATION X (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le docteur Siredey)

Mme K..., quarante-cinq ans, habitant la banlieue de Paris. Femme obèse, abondamment variqueuse, vient con-

sulter à l'hôpital Saint-Antoine en 1913 pour de violentes hémorragies qui l'ont considérablement anémiée.

Elle a eu huit enfants, beaucoup de fatigue dans sa profession de blanchisseuse, et depuis six ans elle a, chaque mois, d'abondantes pertes de sang dont elle se préoccupait d'autant moins que ces hémorragies faisaient disparaître en quelques heures les malaises très pénibles, les douleurs lombo-abdominales, sensations de pesanteur, qui précédaient le début de la menstruation.

En août et septembre 1913, les pertes présentèrent une abondance et une durée insolite qui l'obligèrent à garder le lit. C'est alors qu'elle se décida à se soigner.

L'aspect anémique, blême de la malade, ses conjonctives et ses gencives décolorées, son gros ventre qui attirait l'attention sous ses vêtements, faisaient songer à quelque volumineux fibrome accompagné d'hémorragies.

Contrairement à toute vraisemblance, l'utérus avait un volume plutôt au-dessous de la normale ; il était mobile, très régulier de forme et d'aspect, ne présentait aucune saillie et on ne constatait aucune lésion annexielle. Il tendait à s'abaisser moins que ne le faisait supposer le ventre flasque aux parois tombantes de la malade.

Mais elle présentait des signes très marqués d'insuffisance thyroïdienne : visage arrondi, un peu bouffi, d'apparence lunaire, sourcils aux poils rares, refroidissement très marqué des mains et des pieds, asthénie très prononcée, tendance au sommeil.

La malade fut soumise à l'opothérapie thyroïdienne, à la dose quotidienne de 5 centigrammes pendant trois semaines.

Les deux époques suivantes furent à peu près normales. La troisième fit défaut et les règles n'ont pas reparu depuis.

Le traitement opothérapique, maintenu pendant trois

mois, vingt jours par mois, puis un mois sur deux seulement dans les mêmes conditions pendant trois mois, fut abandonné ensuite. La malade n'a présenté aucun accident depuis cette époque.

OBSERVATION XI (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le docteur Siredey)

Mme A..., âgée de quarante-deux ans. Israélite viennoise de belle et robuste apparence, vient me consulter en 1905, envoyée par son médecin, pour des hémorragies abondantes, très rebelles. Un chirurgien qui avait vu la malade avant moi, avait conseillé un curettage que Mme A... avait refusé.

Très bonne santé habituelle. Mme A... se plaignait parfois de petites crises de migraine et d'une tendance à l'obésité que sa coquetterie lui faisait d'ailleurs combattre avec un soin minutieux par des massages, par des exercices de gymnastique, par des marches au grand air, et par un régime alimentaire scrupuleusement suivi.

Les hémorragies étaient limitées aux époques menstruelles. L'utérus ne présentait aucun signe d'infection, le col avait un aspect normal. Ses sécrétions n'avaient rien d'exagéré. On ne constatait aucune lésion annexielle. Rien n'exigeait un curettage ou des pansements intra-utérins.

Pendant la semaine qui précédait le début des règles, Mme A... ressentait des malaises assez pénibles du côté de l'abdomen : pesanteur marquée du côté du périnée, tiraillements dans les flancs, sensation de brûlure insupportable au niveau des ovaires, avec sensibilité superficielle du ventre qui était tendu, météorisé. L'utérus rétrofléchi augmentait de volume à ce moment et devenait appréciable par

le palper abdominal; il atteignait presque le volume du poing. Puis le sang s'écoulait en abondance pendant six à sept jours. Le calme revenait et l'utérus rétrodévié n'était pas sensiblement au-dessus de la moyenne.

Néanmoins ces crises intenses, l'accroissement de l'utérus, l'abondance des hémorragies, faisaient songer à des fibromes au début.

De petites cures de Vichy, renouvelées tous les mois à la maison, aussitôt après la fin des époques, l'usage répété d'hamamelis et d'hydrastis dans la période menstruelle amenèrent un apaisement notable.

Puis, la malade rassurée, oublia peu à peu la nécessité du régime et des soins généraux, les pertes reparurent, plus abondantes et plus pénibles.

En 1907, je la conduisis au professeur Budin qui confirma mes craintes au sujet des fibromes, mais éloigna toute idée d'intervention à la très vive satisfaction de la malade. Il insista sur les soins prescrits antérieurement : cures de Vichy, régime à prédominance végétarienne, injections à 50° de 4 litres d'eau bouillie, quatre fois par jour pendant les règles.

La malade suivit le traitement avec un soin minutieux pendant deux ans par crainte de l'opération.

Vers la fin de 1909, les règles s'arrêtèrent et ne reparurent plus.

J'ai eu l'occasion de revoir deux ou trois fois chaque année Mme A... de 1910 à 1914. Elle se plaignait toujours de pesanteur pelvienne intermittente, de douleurs au niveau des ovaires, et elle accusait une sensation fréquente de cuisson au niveau du vagin, qui coïncidait avec une acidité très exagérée de la muqueuse, qui calmait des injections alcalines tièdes (borate de soude ou bicarbonate de soude à 10/1000).

A ma grande surprise, l'utérus rétrodévié diminua rapidement de volume, en 1912 (49 ans), ses dimensions étaient notablement au-dessous de la moyenne, même chez une femme arrivée à la ménopause, et le toucher, le palper ne faisaient constater aucune bosselure, aucune induration pouvant donner l'impression de fibromes en voie de régression. Rien ne permet d'affirmer que la tuméfaction observée antérieurement ait été en rapport avec de véritables myomes.

OBSERVATION XII (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Dr Siredey.)

Mme D..., âgée de quarante ans, vient me consulter en 1910 pour des ménorragies très prononcées qui l'anémient périodiquement et lui laissent à peine le temps de se remettre, d'une cure à l'autre.

Mme D..., réglée à douze ans et demi, régulièrement, toujours abondamment, a eu 2 enfants; ses couches se sont bien passées; elle n'a jamais été soignée pour une affection génitale.

Depuis deux ans, ses règles ont pris un caractère hémorragique qui l'oblige à s'aliter à chaque époque. En dehors de cet accident, sa santé reste très satisfaisante, sauf un amaigrissement assez prononcé.

L'examen local ne révèle aucune lésion annexielle, mais l'utérus est gros, dur, un peu sensible, sans bosselures, ayant plus du double du volume normal. Mme A... a une tension artérielle un peu exagérée avec retentissement exagéré du bruit diastolique.

Son médecin l'a adressée au professeur Landouzy qui lui

a prescrit un régime sévère et de petites doses d'iodalose. La malade n'accuse personnellement aucun trouble de la circulation, mais elle est très préoccupée de ses pertes et redoute avant tout une intervention chirurgicale.

Pendant trois ans, une cure à Biarritz sous la direction prudente du Dr Lavergne, maintient à peu près le malade en équilibre.

Le repos, le régime, de petites cures de Vittel faites à la maison, font sentir leur bonne influence sur la santé générale et même sur les hémorragies qui diminuent notablement.

Durant l'hiver de 1912-1913, une maladie de son mari, des indispositions répétées de ses deux enfants entraînent pour elle des fatigues insolites, et augmentent très notablement les malaises et surtout les pertes de sang.

L'utérus a de nouveau augmenté de volume, il présente le volume du poing et dépasse un peu le pubis. Dans ces conditions, je conseille à Mme D... de se soumettre à la radiothérapie (43 ans). Elle ne peut le faire devant emmener ses enfants à la campagne et y séjourner tout l'été avec eux.

Elle fait une cure à Biarritz l'automne suivant; elle en revient améliorée, mais après un hiver médiocre, passé en partie à Nice, en partie à Paris. Mme D... se trouve au printemps de 1914 dans les mêmes conditions mauvaises que les années précédentes : ménorragies abondantes durant huit à dix jours, anémie consécutive, utérus gros, dur, sans bosselures, sans tumeurs véritables, mais dépassant de beaucoup la normale. J'insiste de nouveau pour un traitement par les rayons X qui, accepté en principe, ne peut être commencé par suite de diverses complications familiales.

En août 1914, lors de la ruée des Allemands sur Paris, Mme D..., se retire en province dans la région du Sud-Ouest avec son mari malade et ses enfants et elle y passe à

peu près les trois premières années de guerre en faisant à Paris que de courtes apparitions.

Le repos complet dont elle jouit à la campagne, les restrictions alimentaires ont exercé sur sa santé générale et locale une influence favorable.

Lorsque je la revois à l'automne de 1917 (47 ans) ses pertes sont beaucoup moins abondantes, elles ne dépassent plus, pour ainsi dire, une honnête moyenne et les forces reviennent peu à peu.

Mais ce qui me surprend le plus, c'est la réduction du volume de l'utérus, alors que la menstruation n'a pas encore complètement disparu. Ses dimensions en octobre 1917 ne dépassent que faiblement celles de l'utérus d'une multipare à cet âge. Il ne présente aucune bosselure, aucune induration localisée apparaissant comme des vestiges de myome en régression.

En octobre 1918 la situation n'avait pas cessé de s'améliorer, les règles commençaient à devenir intermittentes, deux ou trois époques consécutives manquant parfois et l'abondance du flux menstruel n'est pas excessive lorsqu'il paraît.

OBSERVATION XIII (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le docteur Sirecley.)

Mme Euv., quarante et un ans, femme de santé délicate, pâle, affaiblie, vient me consulter en 1909 pour des hémorragies.

Elle n'a jamais été soignée pour une affection utérine, mais elle a eu de fréquentes crises d'entérite. Réglée régulièrement depuis l'âge de treize ans, elle a eu deux enfants ; les

couches ont été difficiles, mais normales, et n'ont été suivies d'aucune complication.

Se fatiguant facilement Mme E... a toujours économisé ses forces, menant une vie très calme et elle a réussi à se maintenir dans un état à peu près normal, avec activité réduite.

A partir de trente-sept ans, ses règles ont augmenté d'abondance et de durée. Elles ont franchement le caractère ménorragique, et au cours de ces deux dernières années, Mme Euv. doit non seulement garder le lit à chaque époque, mais encore après la fin de l'écoulement sanguin en raison de sa faiblesse excessive.

En voyant Mme Euv..., pâle, épuisée, ayant quelque peine à se tenir debout, on ne peut s'empêcher de penser à des fibromes ou même à quelque chose de plus grave. Mais jamais elle ne perd de sang entre les règles. L'écoulement fini, il ne revient aucun suintement suspect, même à la suite de fatigues.

A ma grande surprise, l'examen local, très facile, chez cette femme amaigrie, ne révèle aucune tumeur, l'utérus est petit, au-dessous du volume normal, parfaitement mobile, le col n'est pas béant, ne présente aucun signe de métrite, les annexes sont en bon état.

Malgré le repos, les préparations d'hamamelis, de seigle ergoté, d'ergotine, d'ergotinine, les hémorragies persistent. Je conseille la radiothérapie, assez difficile en raison des pertes qui durent jusqu'à quinze et dix-huit jours par mois.

Commencée entre les pertes, elle est continuée plus tard même au moment des règles dont elle n'augmente pas l'abondance.

Après 16 séances, les règles disparaissent. On fait encore

4 séances supplémentaires. Le sang n'a jamais reparu depuis, mais jusqu'en 1914 la malade est restée dans un état inquiétant d'anémie. Elle est parfaitement remise aujourd'hui. Tous les organes sont en bon état, sauf l'intestin toujours fragile.

CONCLUSIONS

1° Les hémorragies de la ménopause dont on a singulièrement abusé, sont le plus souvent symptomatiques de lésions latentes plus ou moins graves de l'appareil génital : fibromes, polypes, épithélioma, salpingo-ovarites, ovarites scléro-kystiques ;

2° Celles qui apparaissent en dehors de ces affections ne méritent pas toujours l'épithète d'essentielles, parce qu'elles sont liées le plus souvent à des troubles de la santé générale : maladie du cœur et des vaisseaux (artério-sclérose, varices, etc.) maladies des reins, du foie, ptoses, viscérales etc. ;

3° On ne doit considérer comme essentielles que les hémorragies observées chez des femmes dont l'appareil génital semble indemne de toute lésion et dont la santé générale reste satisfaisante. Il s'agit de troubles fonctionnels momentanés dus à une mauvaise alimentation, à des fatigues exceptionnelles, à des désordres passagers de la circulation, et dans lesquels peuvent parfois intervenir des modifications des glandes endocrines ;

4° On ne peut reconnaître comme réellement essen-

tielles que les hémorragies qui ont subi l'épreuve du temps, c'est-à-dire qui n'ont été, pendant plusieurs années, suivies d'aucune altération grave de l'appareil génital.

Le Président de la thèse,
BAR

Le Doyen :
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

ARAN. — Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes. Paris 1858.

BARBOUR (A.-H.-F.). — Hémorragies de la ménopause dues à la sclérose des vaisseaux utérins (Scott. med. et surg. Journ. XVI, 1905, p. 494).

BARIÉ. — Étude sur la ménopause. Thèse de Paris, 1877.

BARNES. — Traité clinique sur les maladies des femmes. Traduit par Cordes. Paris 1876.

BARTHÉLEMY (T.). — La syphilis tertiaire acquise ou congénitale des organes génitaux internes de la femme. Paris 1900.

BERNUTZ et GOUPIL. — Clinique sur les maladies des femmes, 1860.

BONNET (S.) et PETIT (P.). — Traité pratique de gynécologie. Paris, 1894.

BOUCHARD. — Maladies par ralentissement de la nutrition. Paris, 1882.

BOUILLY. — Les métrorragies d'origine ovarienne (La gynécologie, 1899).

BOURIGAULT. — Les métrorragies essentielles et crépusculaires de la ménopause (Gaz. méd., de Paris, LXXXV, 1914, p. 48).

CALLIGA (A.-P.) — Des hémorragies en dehors de la grossesse, Thèse de Paris, 1856.

CARPENTIER-MÉRICOURT (J.-E.). — Pathogénie et traitement des hémorragies utérines (hors de la grossesse et de l'accouchement). Thèse de Paris 1875.

CHASE (W.-R.). — Troubles vaso-moteurs de la ménopause (Brooklyn med. Journ., XIX, p. 250).

Castan (A.).—Métrorragies de la ménopause (Toulouse méd., 2e sér., V, 1903, p. 195).

Courty. — Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes. Paris 1866.

Crotti (A.).—Hémorragies de la ménopause et cancer (Ohio med. jour., IX, 1913, p. 370).

Culbertson (C.). — Une étude de la ménopause par rapport à ses troubles vaso-moteurs (Surgery, gynæcol. und Obstetric, XXIII, 1916, p. 667).

Dalché (P.). — Métrorragies dans les maladies du foie (Bul. Soc. méd. des Hôp., 1897).

— Métrorragies, sclérose utérine, ménopause (Gaz. de gynécol., XX, 1905, p. 177).

— Métrorragies de la ménopause (Bull. méd., XXII, 1908, p. 113).

— Traitement hydrothérapique dans les maladies des femmes (La gynécologie, juillet 1908).

Darcanne-Mouroux (Mme). — La ménopause précoce. Thèse de Paris, 1904.

Delbet. — Causes d'une hémorragie de la ménopause (Rev. gén. de clin. et thérap., XXVII, 1913, p. 597).

Delfan. — Les cures thermales (Masson. Paris, 1897).

Duff (J.-M.). — Hémorragie et ménopause (Amer. journ. obstetrics, XL, 1899, p. 605).

Dumas. — Hémorragie utérine de la ménopause (Echo méd. des Cévennes, III, 1902, p. 252).

Faure (J.-L.) et Siredey (A.). — Traité de gynécologie médico-chirurgicale. Paris.

Forgues et Massabuau. — Traité de gynécologie (Collection le Dentu).

— Les métrorragies de la ménopause ; métrorragie d'origine ovarienne (Presse méd., XX, 1912, p. 793).

Fosberg (W.-H.-S). — Troubles graves de la ménopause traités avec succès par l'extrait d'ovaire (British med. journ., 1897, I, p. 101).

Francis (C.-R.). — Abondante hémorragie de la ménopause

avec vomissements sympathiques guéris par l'opium (Med. times and gaz., 1882, II, p. 492).

Franz (K.). — Le traitement des hémorragies de la ménopause par les Rayons X (Therapie der gegenwart, LVII, 1916, p. 81).

Freudenberg. — Métrorragie à l'époque de la ménopause (Frauenarzt, XXIV, 1909, p. 387-389).

Fritsch (H.). — Traité des maladies des femmes, traduit par Star. Paris, 1898.

— Hémorragies de la ménopause (Deut. Klinik, IX, 1904, p. 557).

Galabin. — Métrorragies (Guy's hosp. gaz., n. ser., IX, 1895, p. 101).

Gallard. — Maladies des femmes. Paris, 1873.

Gilbert (H.-L.). — De la métrorragie hors de l'état de gestation. Thèse de Paris, 1848.

Goodall. — Hémorragies de la ménopause (Montreal Med. journal, XXXIV, 1910, p. 65-71 et 331-342, et Amer. jour. Obstetrics, LXI, 1910, p. 32-45).

Handfield-Jones (M.). — Sur les hémorragies survenant aux abords ou au moment de la ménopause (Polyclinic, London, VI, 1902, p. 181).

Holland (E.). — Cas d'hémorragies irrégulières aux environs de la ménopause (Med. Press et Circular, n. s. LXXXVI, 1908, p. 582).

Jayle. — Opothérapie ovarienne (Presse médicale, 1896).

Jeaunin. — De l'âge du retour des femmes. Thèse de Strasbourg, 1830.

Jung (P.). — Des hémorragies de la ménopause chez les femmes (Deut. med. Wochenschr., XXXVIII, 1912, p. 689).

Le Gendre. — La ménopause et le rein (Bul. Soc. Méd. des Hôpitaux, 1897).

Lehmann (F.). — Les hémorragies de la ménopause et la prophylaxie du carcinome (Zentralblatt f. gynækol., XXXVII, 1913, p. 96).

Lévi (L.) et Rothschild (H.). — Physio-pathologie du corps

thyroïde et des autres glandes endocrines. Paris, 1911.

Lévy (S.). — Réapparition de la menstruation dans la ménopause (Deut. med. Wochenschr., XXXIX, 1913, p. 2561).

Lockyer (C.). — Hémorragies pendant et après la ménopause (Internat. Clinic., 14e série, IV, 1905, p. 197-203, (2 pl.).

Lvoff (L.-M.). — Traitement des métrorragies de la ménopause (Prakt. Vrach. III, 1914, p. 10, 242. (Trad. in). Deut. med. zeitung, XXV, 1914, p. 309).

Marsh (J.-O.). — Ménorragies et métrorragies à l'époque de la ménopause, avec des cas (Obstetrit. Gaz. Cincinnati, IV, 1881, p. 285).

Meyer-Ruegg (H.). — Une forme particulière d'hémorragie de la ménopause (Corresp. Blatt. f. Schwerz. Aerzte, XXXVII, 1907, p. 280).

Murray. — Signification des hémorragies utérines de la ménopause (Amer. jour. obst., LIV, 1906, p. 245).

Nicolon. — Métrorragie à l'âge critique. Thèse de Strasbourg, 1808.

Nonat. — Traité pratique des maladies de l'utérus, de ses annexes, et des organes génitaux externes. Paris, 1869.

Orloff (V. N.). — Le traitement de l'hémorragie de la ménopause (en russe). Vrach, XVIII, 1897, p. 1471.

Panninski. — Tension artérielle dans la ménopause (Acad. méd., 1904).

Perlsee (M.). — Traitement des hémorragies, notamment de la ménopause (Progr. med. Wochenschr., XXXII, 1907, p. 305).

Petit (Paul). — Angiosclérose et métrorragie rebelle (Jour. de méd. de Paris, 1898).

Pichevin et Petit (A.). — Lésions vasculaires et métrorragies (Semaine médicale, 1896).

Picverin (R.). — Des hémorragies utérines à la ménopause (Semaine gynécol., XI, 1906, p. 273).

— A propos de deux cas de métrorragies aux environs de la ménopause (Semaine gynécol., XI, 1906, p. 337).

Potter (W. W.). — Métrorragie et ménopause (Buffalo med. journ. n. ser. XXXIX, 1899-1900, p. 885-889).

Potter (J. H.). — Pression artérielle à la ménopause (British med. Jour., 1911, II, p. 1472).

Pourchet (C.). — Essai sur les hémorragies utérines considérées hors de l'état de grossesse. Thèse de Strasbourg, 1832.

Pozzi et Latteux. — Sur une forme rare de métrite hémorragique, angio-sclérose envahissante (Revue de gynécologie, 1899).

Queisner (A.-H.), — Traitement des hémorragies de la ménopause (Zentralblatt f. gynækol., XXXVIII, 1904, p. 1573).

Reed (C. A. L.). — Hémorragies près ou pendant la ménopause (Cincinnati Lancet. Clinic. u. ser. XXXVII, 1896, p. 309-312).

Roussel (Mlle). — Troubles sympathiques du cœur dans les maladies de l'utérus. Thèse Paris, 1891.

Runge. — Traitement des hémorragies de la ménopause par les rayons X (Deut. med. Wochenschr., XXXVIII, 1912, p. 1.177).

Saizy (A.). — Les troubles des organes génitaux de la femme au cours des affections rénales. Thèse de Paris, 1898.

Schikele et Keller. — L'hyperplasie glandulaire de la muqueuse utérine et ses rapports avec les hémorragies (Arch. für gyn., 1911, t. XIV, p. 586).

Sicard. — Artério-sclérose métrorragique de l'utérus. Thèse de Paris, 1909.

Smith (G.-B.). — Hémorragie utérine à la ménopause (Guy's hosp. Gaz., XIX, 1905, p. 528).

Stopin (R.). — Essai sur les métrorragies de la ménopause Thèse de Paris, 1897-1898.

Theilhaber (A.). — Les causes des hémorragies de la méno-

pause (München med. Wochenschr., XLVII, 1900, p. 453).

Thomasson (W.-J.). — Menstruation et ménopause (Kentuck. med. journ., XII, p. 1913-1914, p. 273).

Verrier (E.). — Des pertes utérines et des accidents de la ménopause (Revue internat. de thérap. et pharmacol., VII, 1899, p. 94-96).

Vinay (C.). — Traitement médicamenteux des divers accidents de la ménopause (Bull. méd., XXII, 1908, p. 17). La Ménopause, Paris 1912, Masson et Cie.

Walkins. — Le radium dans les hémorragies de la ménopause (Surg. Clin. Chicago, I, 1917, p. 1.031).

Imprim. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris. — 5095-19

166

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE